Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

Беларуская Социялістычная Савецкая Рэспубліка

Том II

2-гі год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(Белорусская Медицинская Мысль)



№ 4—6

Студзень — сакавік

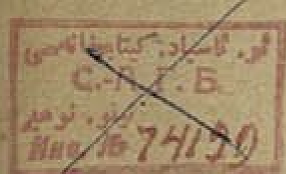
Выданьне Народнага Комісарыяту Аховы Здароўя Б. С. С. Р.

МЕНСК — 1926 г.

Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

Беларуская Соцыялістычная Савецкая Рэспубліка

Том II 2-гі год выданьня



БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(Белорусская Медицинская Мысль)

Рэдакцыйная колегія:

№ 4—6

Студзень—сакавік



Выданьне Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя Б. С. С. Р.

МЕНСК—1926 г

Смоленск, тип. Опредснабзапа,
Б. Советская, 6. Заказ № 1175
Гублит № 1543. Тираж 800 экз.
Издатель Наркомздрав БССР.
Минск. 1926 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Деятельность научных организаций и учреждений.

С'езды, конференции и совещания.

Задачи санитарной организации в Белоруссии.

(Из доклада на 1 Всебелорусском С'езде санитарных работников).

М. Барсуков.

Санитарное состояние Белоруссии, в силу целого ряда социально-экономических и биологических условий, необходимо признать неудовлетворительным. Если не принимать во внимание средне-азиатских республик и крайнего севера—несомненно Белоруссия, в санитарном отношении, самая отсталая часть нашего Советского Союза.

К этим неблагоприятным естественным причинам надо отнести: бедность почвы, которая, главным образом, является песчаной, моренного происхождения; огромная заболоченность, влажность климата и преобладание северо-западных ветров. Все это создает для здоровья населения крайне невыгодные условия.

Затем, пограничность положения Белоруссии, исторически, делала ее плацдармом борьбы между отдельными государственными об'единениями, что, конечно, содействовало социально-экономической неустойчивости населения, и тяжело отражалось на быте и культуре белорусского крестьянства и местечкового еврейства. Стоит лишь вспомнить войны, хотя бы 19 столетия, поход Наполеона на Россию в 1812 г., польское восстание в 1831 и 1863 г. г. и, наконец, в последнее время германскую и польскую оккупацию.

Если взять общее число грамотных Советского Союза, по переписи 1920—1924 г. г., то из национальностей—белоруссы занимают 17 место. В среднем, на 1000 человек населения в Белоруссии, грамотных приходится лишь 327. Эта цифра для сельских местностей падает еще ниже, доходя до 278.

Недостаток пригодной земли для ведения сельского хозяйства и разрушенность жилых построек в городах создают чрезмерную скученность. Насколько ничтожен жилищный фонд, можно судить по гор. Минску. Общее количество минских жилищ, в 1926 г. состоит из 6.050 домов с жилой площадью в 179.000 кв. саженей В среднем, считая население Минска в 119.000 чел., мы имеем на человека 1,5 кв. сажени. Принимая норму в 2 кв. саж на человека, мы имеем уменьшение на 0,5 кв. саж. Но эта средняя цифра имеет значительное колебание в сторону дальнейшего снижения нормы в коммунальных и кооперативных домах.

Коммунальное благоустройство городов, а тем более сельских местностей, находится также в тяжелом положении. Отсутствие в городах канализации, рационального водоснабжения, примитивный тип постройки крестьянской избы превращают наши населенные местности в очаги непрекращающихся эпидемий. К этому же надо добавить недостаточность заразных и специальных коек. На 4.171.776 чел. населения Белоруссич приходится, всего лишь, 378 заразных коек Между тем, ранимость заразными болезнями высока. В 1924 году на каждые 100 чел.—1,5 переболело различными инфекциями Если сравнить с другими республиками Союза—Белоруссия, несомненно,

стоит на первом месте по целому ряду инфекций. Корь, скарлатина, грипп, сыпной и возвратный тиф стоят выше, чем в других республиках. За половину 1925 года, примерно на 100.000 здорового населения приходится 493 заболевших корью. Туберкулез, как нигде, пустил глубокие корни не только в городе, но значительно захватил деревню. Из 1000 всех причин смерти в 1924 году, на туберкулез падает 152 случая.

Сложность задач, которые сама жизнь выдвинула вперед и поставила перед молодой санитарной организацией—потребовала, в первую очередь, ясности и четкости об'ема и содержания работы санитарно-эпидемических органов, как в центре, так и на местах.

Между тем этой ясности не было. По старой структуре, Санитарно-эпидемиологический Отдел назывался Профилактическим и включал в себе почти все части Наркомздрава. Здесь была охрана материнства, охрана здоровья детей, социальные и заразные болезни. Естественно, что такая чрезмерная и ненормальная нагрузка долго продолжаться не могла. Первым отделилась охрана материнства и детства. Наступила очередь пересмотреть вопрос, кто должен руководить диспансерами, и где должны быть заразные койки.

Путаница происходила от того, что понятие профилактики только связывалось с санитарной организацией Лечебное дело рассматривалось, как узко-техническое, не имеющее никакого отношения к условиям труда и быта больного человека. Эта узость простиралась еще дальше, и делила болезни на социальные и „прочие", причем в номенклатуру „прочих включалось все, кроме сифилиса и туберкулеза. На практике же, мы знаем, как трудно и, порой, совершенно невозможно отделить влияние внешних, социальных факторов на потерю трудоспособности человека. Например: трахома, рахит, даже рак. Разве это не социальные и бытовые болезни? Лечить—значит стремиться восстановить утерянную трудоспособность, и методом воздействия является не только рецептурная пропись медикаментов, но и устранение тех индивидуальных, внешних раздражителей, которые вызвали данную болезнь.

С чем же, собственно говоря, должна иметь дело санитарная организация? Ответ, безусловно, может быть только один это проведение массовых мероприятий по оздоровлению. Вмешиваясь в общегосударственные функции коммунального благоустройства, санитарная организация помогает в устройстве рационального водоснабжения и общественного питания, указывает, как надо строить жилище, содействует мелиоративным работам, изучает эпидемические очаги. Практическое же разрешение вопросов индивидуальной профилактики пойдет по другой линии—лечебной, ибо госпитализация, во многих случаях, один из лучших способов предохранения человека от преждевременной инвалидности, и, в конечном счете, служит предпосылкой общего оздоровления среды. Одним из видов личной профилактики будет совет врача, о перемене климата, службы, изменении домашней обстановки и т. д. Проведение индивидуальной профилактики должно итти также и через советы социальной помощи.

Историческая роль санитарных органов—быть единственным носителем профилактической идеи, теперь уже является пройденным этапом советской медицины. Профилактика, будучи основой всего советского здравоохранения, должна свою методику перенести также и на лечебное дело, тесно связав его с диспансерами. Лечебные учреждения, превращаясь в стационары диспансеров, а амбулатории в диспансеры, тем самым дают возможность практически осуществить ломку старой лечебной организации, в сторону перехода на профилактические методы работы. Если санитарный отдел можно с пол-

ным правом назвать отделом общей профилактики, то лечебный, с таким же правом, может быть назван отделом личной или индивидуальной профилактики. Из всего сказанного следует ряд практических решений.

Госпитализация и лечение социальных и заразных болезней есть часть всего лечебного дела, туда они и должны быть переданы. В то же самое время, борьба с общими вредными условиями труда и быта, вызывающими эти болезни, должна стать прямой и главнейшей обязанностью органов санитарного надзора.

Еще один вопрос требует организационной ясности—это местонахождение статистики. Раньше, статистику в аппарате Наркомздрава считали только санитарной и, на основании этого, включили в состав Санэпида. Так ли это? Статистика, являясь могучим аналитическим средством, в руках санитарного врача, в то же время обслуживает все отделы Наркомздрава. Охрана материнства, к примеру, требует от нее анализа абортов, лечебная организация заинтересована знать рост посещаемости и процент прогула коек, организационный отдел требует учета личного состава. Весь Наркомздрав, в целом, строит план своей работы на рационально организованной статистике. Это возможно лишь при об'единении ее в особый отдел, находящийся, кроме Наркомздрава, в тесной связи с Центральным Статистическим Управлением. Надо положить конец кустарничеству и анкетомании. Методика статистической работы должна носить не случайный характер, а быть строго продуманной и научно-обоснованной. Только тогда наши цифры приобретут прочную устойчивость и авторитетность.

Общий строй санитарных органов, как в центре, так и на местах, помимо тесной увязки своей работы с лечебной сетью, должен иметь две основные базы:

а) научную—в лице санитарно-бактериологических учреждений и

б) общественную—в лице санитарных комиссий, сансоветов и различных здравячеек.

Институт санитарных врачей только тогда разовьет свою работу, когда он сможет иметь научное руководство, и когда организованная советская общественность его поддержит. Необходимо стремиться, чтобы наши окружные лаборатории постепенно превращались бы в научные санитарно-эпидемиологические ячейки, становясь их филиалами Центрального Санитарно-Бактериологического Института. Таким образом, работа лабораторий станет носить характер не только аналитический, но и научно-исследовательский.

Санитарный надзор в деревне должен целиком проводиться через районных санитарных врачей и участковую сеть.

В деревне, особенно резко должно быть заострено внимание на привлечении крестьянской общественности. Небольшой опыт Белоруссии в организации санитарных троек при Сельсоветах дал положительные результаты. Мы видим, как живо интересуется крестьянство в проведении всех санитарных указаний, с другой стороны, можем констатировать, как еще недостаточно участие наших низовых медицинских работников в повседневном крестьянском быту.

Что же сделал Наркомздрав в области санитарного оздоровления Белоруссии? Главнейшими моментами его работы, после районирования республики, в конце 1924 и 1925 г. необходимо отметить следующее:

1. Впервые в Белоруссии практически осуществилось создание института санитарных врачей.
2. Крестьянская и рабочая общественность, в лице санитарных комиссий, была втянута в санитарную работу.

3. Был создан в Минске Центральный Санитарно-бактериологический Институт с научными и производственными функциями.
4. Санитарное просвещение через избы-читальни значительно охватило деревню и приблизилось к населению путем перехода на национальные языки.
5 Во всех окружных городах были созданы диспансеры туберкулезные и венерические.

Общий вывод—организация работы находится еще только в начальной стадии своего развития. Требуется большая, упорная работа залечить те раны, которые унаследовала Белоруссия от тяжелого прошлого.

Круг вопросов, который намечает Наркомздрав перед санитарной организацией, в общем сводится к следующему:

1. Изучение вопросов санитарно-технического характера и коммунального благоустройства (канализация, водоснабжение, жилище, бани).
2. Борьба с эпидемиями, путем обследования эпидемических очагов, изучение местных условий, влияние их на распространение и характер инфекций. Лечебная организация должна увеличить количество заразных коек.
3. Дальнейшее углубление работы по санитарному просвещению, в части производственного уклона, и перехода на национальные языки.

В деревне, необходимо больше втянуть в дело санитарного просвещения учительский персонал и заведующих избами-читальнями От системы случайных докладов надо отказаться и перейти на метод цикловых занятий.

4. Укрепление связи санитарной организации с советской общественностью. Последняя должна стать неот'емлемой частью санитарных органов и естественным продолжением их среди широких масс трудящихся. Работе санитарных комиссий, советов должно быть уделено максимальное внимание.
5. Рациональное разрешение вопросов общественного питания и санитарного надзора за приготовлением и продажей пищевых продуктов.
6. Подготовка и усовершенствование санитарного персонала, а также улучшение их материального положения.
7. Практическое оформление санитарного законодательства.

В своей работе, санитарно-эпидемиологическая организация должна поддерживать тесную связь с местными краеведческими учреждениями, с Институтом Белорусской Культуры в лице его медицинской секции, а также с Институтом Социальной Гигиены и Санитарной Инспекцией Охраны Труда. Необходимо установить полную увязку санитарных мероприятий с деятельностью ветеринарного надзора и транспортной медициной.

Санитарная организация должна стать понятной каждому рабочему и крестьянину, как необходимейшая в повседневной жизни научная сила, которая поможет трудящимся построить новый, здоровый быт.

Лечебно-профилактические задачи в области родильно-гинекологической помощи в Белоруссии.

(Доклад на Всебелорусском Совещании по охматмладу 18—22 февраля 1926 года).

С. Р. Дихтяр.

Правильная организация лечебно-профилактической помощи женской части трудового населения составляет весьма существенную часть во всей системе охраны материнства и младенчества. Однако имеется основное различие между задачами лечебно-профилактической организации и охматмладовской—различие, определяющее, с одной стороны, взаимную заинтересованность, а с другой стороны—своеобразие методов и организационных форм той и другой. В то время как охматмладовская работа имеет своей целью оздоровление женщины, как производительницы потомства, как матери, лечебно-профилактические мероприятия ставят перед собой непосредственной задачей—предупреждение потери трудоспособности и восстановление трудоспособности женщины, как работницы. Это различие и в тоже время соприкосновение задач проявляется и в родильной помощи. Для охматмлада роды—„физиологический процесс", в результате которого появляется ребенок, новый об'ект деятельности, которая является органической, неот'емлемой частью системы охматмлада; для лечебно-профилактической организации роды—момент, заключающий в себе серьезную опасность для здоровья, т. е. для трудоспособности матери. Одинаково заинтересованные в правильной и безукоризненной постановке родильной помощи, охматмлад стремится создать хорошую здоровую мать для младенца, а лечебно-профилактическая организация—скорее вернуть к работе человека женского пола. Гротьян другими словами выразил, повидимому, ту же мысль: „Нормальные роды с точки зрения социальной патологии также являются болезнью, во время и после которой женщина нуждается в осторожности и помощи".

Эти предварительные соображения должны помочь нам установить единый принцип организации родильно-гинекологической помощи. Этот принцип—общий для всех лечебно-профилактических мероприятий—наискорейшего восстановления трудоспособности наименьшими затратами. Нам, следовательно, необходимо определить основные причины, играющие роль при потере женщиной трудоспособности. Между этими причинами и причинами мужской заболеваемости, как известно, имеется разница, находящаяся в связи с биологическими особенностями женского организма. Хотя нет никакого сомнения, что так называемые женские болезни такие же „социальные", как и все прочие, но именно особая реакция биологически отличной женщины на социальные условия (труд и быт) дает основание и право выделять их в особую группу.

Совершенно естественно, что внимание лечебно-профилактической организации, прежде всего останавливается на той женской „болезни", которая является проявлением физиологической функции. Рождение детей в человеческом обществе является, однако, не только биологической, но и социальной функцией, а самый процесс родов,

как уже упоминалось, есть социально-патологическое явление. Оставляя в стороне здесь обоснование этого положения, мы постараемся определить практические организационные задачи оказания родильной помощи в Белоруссии. Само по себе исчисление нужного числа учреждений и родильных коек не представляет никакой трудности, равно как определение наших недостатков в этой области. Мы, правда, не имеем сведений о наличном числе родильных коек, так как статистической учет ведется „родильно-гинекологическим“ койкам (их всего несколько более двухсот по всей Белоруссии), но нам известно, что в городах Белоруссии квалифицированная медицинская помощь оказывается приблизительно в 60%, а в сельских местностях—в 7%—всех родов. Укажем, кстати, что в Пруссии не имеется соответствующей помощи (акушерской или врачебной) 1/10 всех рожающих. Гротьян говорит об этом, как о признаке значительной отсталости. Если сравнить: в Белоруссии 1/10 родов происходит при медицинской помощи, а в Пруссии 1/10 еще не имеет медицинской помощи—то очевидны колоссальные задачи, стоящие перед нами в этой области.

Исходя из рождаемости, легко определить, сколько необходимо иметь на каждую тысячу жителей родильных коек для госпитализации всех случаев родов. При переводе на акушерскую помощь на дому, можно исходить из следующих расчетов. При идеальной постановке дела одна акушерка может обслуживать в течение года 1440 койко-дней в больнице, 1080—при помощи на дому в городах, 720—при помощи на дому в сельских местностях; однако, без практического ущерба для дела можно нормы обслуживания увеличить вдвое, т. е. одна акушерка в стационарном учреждении может обслужить 2880 койко-дней в год, а при помощи на дому—2160 койко-дней в городе и 1440—в сельских местностях. Таким образом, в городе одна акушерка помощи на дому может заменить шесть родильных коек, а в сельских местностях—4 койки. Зная эти основные коэффициэнты и среднюю продолжительность пребывания на койке родильницы (7 дней), легко вычислить нужную сеть родовспомогательных учреждений и акушерок. Так, принимая рождаемость в городах Белоруссии за 40 на 1000, а в сельских местностях за 44, можно привести следующую сеть родильных коек по отдельным округам, которая удовлетворила бы все потребности.

Нужное число родильных коек в Белоруссии.

Название округа.	В городе.	В округе.	
Бобруйский	30	380	Цифры округлены.
Борисовский	18	270	
Витебский	50	380	
Калининский	5	350	
Минский	115	310	
Могилевский	28	425	
Мозырский	10	280	
Оршанский	15	320	
Полоцкий	15	230	
Слуцкий	8	240	

Организация указанного числа коек в городах Белоруссии может считаться совершенно реальной задачей, но и для сельских местностей приведенные цифры, при переводе их на нужное число акушерок, вовсе не могут казаться утопичными; во всяком случае, в ближайшие 3—5 лет мы должны добиться такого положения, при котором в каждом районе будет около 10 акушерок, как это требуется приведенными расчетами.

Однако, в условиях Белоруссии задача организации родильной помощи не ограничивается количественной стороной, но представляет значительные качественные трудности, вследствие некультурности крестьянского населения и недостатка соответствующего персонала. Известно, что даже в тех местах, где акушерская помощь более или менее приближена к сельскому населению, где приближена и родильная коечная помощь, крестьянка с большим трудом сознает, что медицинская помощь нужна не только при патологических осложнениях родов. Врач и акушерка в глазах деревенской женщины все еще являются целителями уже начавшейся болезни, а не предупредителями ее. Повидимому, следует принять меры к приучению крестьянки звать акушерку в начале родов. В этом отношении известную роль может сыграть социальная помощь роженице („Премиальная система"). Привлечение кооперации к этому делу, как и к организации других учреждений по охране материнства и младенчества (Яслей), крайне желательно и важно как для популяризации родильной помощи, так и для поднятия авторитета кооперации в сельских местностях. Следует прямо признать, что в области родильной помощи на селе мы находимся, к сожалению, на первой ступени развития медицинской организации. Поэтому необходимо широко использовать и методы работы этого периода: санпросвет во всех видах и формах, но обязательно проводимый теми лицами, которые в состоянии сами оказать реальную помощь, спрос на которую этот Санпросвет должен поднять. Тут и сказывается вторая трудность задачи: отсутствие соответствующего персонала, квалифицированных акушерок-общественниц. Из высказанных соображений явствует, что в ближайший период признаками роста родильной помощи, особенно на селе, должны быть: возможно большее число родовспоможений в нормальных случаях и количество акушерски-просвещенных групп населения. Мы не считаем нашей прямой задачей подробно останавливаться на методике и организационных формах акушерского санпросвета, но необходимо особенно подчеркнуть, что он должен являться средством привлечения некультурного населения к уже существующему виду помощи, а, следовательно, он целесообразен только при условии параллельной широкой организации этой помощи.

Задачи в области организации родильнов помощи сводятся, таким образом, в основном к следующему:

1. Подготовка и привлечение квалифицированных акушерок в достаточном количестве.

2. Широкая санпросветработа акушерок.

3. Организация социальной помощи роженицам.

4. Организация родильных коек на самой далекой периферии лечебно-профилактической организации (при всех медицинских участках).

Разумеется, что вся работа по оказанию родильной помощи на селе составляет часть обще-участковой работы. Все методы последней (связь с общественными и хозяйственными органами, санкомиссиями и сансоветами, диспансеризация и проч.) целиком распростра-

няется и на родовспомогательную деятельность, которая является одной из важнейших профилактических функций участка.

„Профилактичность“ этой функции определяется тем, что значительная часть женских заболеваний этиологически связана с процессом родов Переходя к выяснению наших задач в области борьбы с женской заболеваемостью, как таковой, необходимо для ясности оговориться. По существу, ведь, всякое заболевание женщины требует к себе особого подхода и, может быть, особой организации самой помощи. Неся на себе тройные обязанности—работницы на предприятии, домашней хозяйки и матери, обладая в то же время биологически особенным организмом, женщина любое патологическое изменение переносит иначе. чем мужчина. Статистические сведения страховых касс свидетельствуют о большей заболеваемости женщин по сравнению с мужчинами, именно: по Немченко—среди женщин застрахованных насчитывается 70,8 дней болезни на 100 застрахованных в месяц, а среди мужчин —49,9; в Белоруссии на 100 застрахованных в месяц приходится: 7,2 случая болезни по 10,5 дней среди женщин и 6,6 случая по 8,4 дня среди мужчин.

Смертность женщин на 100 смертных случаев мужчин говорит о том же:

Возраст.	Обще-имперские данные.	Данные Лейпцигской Кассы.
15—20	92	119
20—25	99	113
25—30	104	133
30—35	103	115
35—40	90	82
40—45	76	99
45—50	68	70
50—55	71	58
55—60	74	66
60—65	84	55
65—70	90	71
70—75	94	73

(По М. Гиршу—Профессиональная заболеваемость женщин).

Далее, особый тип женской заболеваемости в отличие от мужской также иллюстрирует это положение. В то время как мужчины, по данным страхкасс, болеют больше всего заболеваниями органов пищеварения, травмами, туберкулезом, у женщин на первом месте идут: болезни органов пищеварения, мочеполовые органы, болезни питания и обмена. Вот некоторые данные по Немченко.

Болезни органов пищеварения	в 14,1%	у мужчин	15,4%	у женщин.
Травмы	13,2	"	5,4	"
Грипп	10,2	"	11,2	"
Туберкулез	9,3	"	8,8	"
Болезни обмена и питания	2,2	"	5,1	"
Болезни мочеполовых органов	1	"	12	"

Короче говоря, когда ставятся задачи организации борьбы с женской заболеваемостью, следовало бы иметь ввиду всю своеобразную социальную патологию женской части общества. Однако, такая постановка вопроса заставила бы повторить многое из того, что говорится об общей организации медико-санитарного дела; поэтому из всей женской социальной патологии обычно выделяется патология половой сферы которая, сама по себе, конечно, имеет громадное социальное значение. Несомненно, во-первых, что эти заболевания имеют влияние на жизнь общества (размножение, качество потомства, потеря трудо-дней, и проч.) и, во-вторых—что заболевания женских половых органов находятся в непосредственной связи и зависимости от условий труда и быта. Мы не станем приводить многочисленные клинические и статистические доказательства этому. Макс Гирш в своей книге довольно исчерпывающе осветил этот вопрос. Влияние разных профессиональных вредностей (место работы, время работы, интенсивность работы, однообразие трудовых процессов) на весь женский организм, а в частности и особенности, на половые органы, на количество мертво-рождений и выкидышей, на способность кормления, выявление роли социально-бытовых условий—все это иллюстрировано достаточным фактическим материалом. Мы позволим себе лишь привести из названной книги выдержку, которая имеет особое значение для понимания поставленной задачи в условиях Белоруссии с преобладающим крестьянским населением.

„... Различают следующие типы женского труда в деревне: служанка-уборщица, связанная контрактом работница, свободная поденщица, мелкая крестьянка и ее дочь, кочующая работница. Если условия работы этих групп во многих отношениях различны, то все же ни об одной из них нельзя сказать, что она влечет специфические вредности и особые профессиональные болезни.

Общими для всех этих групп являются: продолжительность и тяжесть физического напряжения, а также влияние неблагоприятных климатических условий... Ясно, что жена мелкого крестьянина находится в наихудших условиях, так как ее рабочее время не фиксировано, ей приходится работать в доме, на поле и в хлеву, и ее собственный интерес, а также обычная нужда в людях в деревне требуют от нее наивысшего напряжения. Кроме того на ней лежит особое бремя задач, связанное с продолженим рода. Она не видит пощады ни в какой мере во время менструаций и лишь в самой незначительной степени во время беременности и родов Она должна заботиться о том, чтобы накормить ребенка, не прерывая повседневной работы. Эти ужасные условия жизни трудовой крестьянки вызывают ряд последствий, которые возбудили внимание врачей и социальных политиков... Твердо установлено быстрое истощение и преждевременное состаривание крестьянок, выражающееся в раннем приобретении старческого вида, исхудании, слабости, преждевременном артериосклерозе, веночном застое, опухолях ног, хроническом воспалении суставов, особенно тазобедренных.

Невозможность щадить себя во время жатвы, несмотря на менструацию, беременность, после-родовой период и кормление, ведет к

некоторым своеобразным расстройствам и заболеваниям крестьянок. Сюда относится удлинение и усиление менструации, перемежающийся их характер в летнее время и при некоторых работах, как сажание кортофеля, рассыпка навоза, косьба и т. п. Сюда же относится, далее, преждевременное прерывание беременности при работе на солнцепеке, при высокой внешней температуре и сотрясениях тела, вследствие чего весною и осенью обычно увеличивается число выкидышей. Далее, многочисленны разрывы брюшной стенки и выпадения половых органов, которые возникают мало по малу вследствие ослабления связочного аппарата и брюшных покровов, мало щадимых в период родов, и под влиянием больших телесных напряжений; они должны, поэтому, рассматриваться, как профессиональные болезни. Иногда такие выпадения замечаются и у девственниц под влиянием под'ема больших тяжестей; здесь они должны рассматриваться, как случай профессионального травматизма“...

И в городе с преобладанием воздействия профессиональных условий, и в деревне, с преобладанием влияния хозяйственно-бытовых условий, женские болезни являются по самой сути своей социальными. Совершенно очевидно, что борьба с этими болезнями должна вестись всеми способами, имеющимися в нашем распоряжении. Организации первичной помощи, нормальная госпитализация, поднятие качества гинекологических учреждений, диспансеризация—таковы наши средства. Чтобы больше не возвращаться к организационному вопросу, укажем тут-же, что для сельских местностей основным центром квалифицированной специальной гинекологической помощи пока может и должен явиться окружной город, с постепенным переходом к организации этой помощи в между-районных больницах.

Каковы практические задачи, стоящие перед нами с связи с высказанными соображениями. Прежде всего, разумеется, насыщение лечебно-профилактической сети гинекологическими койками. У нас нет прямых указаний о нужном их числе, но имеются сведения, правда, не полные, об удельном весе гинекологических заболеваний среди всех прочих. Менделева, по материалам Московской В. К. К., приводит цифру 4,3% всей обращаемости; Белорусское Главное Управление Социального Страхования дает цифру 3,4% всех заболеваний; наконец, Немченко, как мы указывали, приводит цифру 12% всей женской заболеваемости. Гротьян, по данным Лейпцигской кассы, приводит цифру в 25,5 женских заболеваний на 1000 женщин-членов Кассы. Зная число обращений или число всех случаев заболеваний или всю женскую заболеваемость, не трудно, конечно вычислить нужное число гинекологических коек. Если по всей Белоруссии в 1924—25 г. г. было 75.306 случаев заболеваний (данные Страхкасс), то можно предположить, что из них было около 3.000 случаев гинекологических. Немченко считает среднюю продолжительность пребывания гинекологической больной в стационаре 16.3 дня. В таком случае для одних активно-застрахованных женщин по всей Белоруссии нужно иметь около 130—140 гинекологических коек.

Что касается остального населения, то у нас под руками имеются только сведения о 1905—1907 г. г., когда болезни женских половых органов составляли 1,6% всей заболеваемости. Исходя из этого отношения, из 2.000.000 (круглым счетом) первичных обращений по всей Белоруссии имеется около 32.000 гинекологических заболеваний, для госпитализации которых потребуется приблизительно 1.400 коек. Эти расчеты совершенно не точны, потому что для этого необходимо бы иметь данные по возрастной заболеваемости, о проценте гинекологи-

ческих заболеваний, не нуждающихся в госпитализации. Этих сведений у нас нет, и мы допустили, что все 100% гинекологических заболеваний нуждаются в госпитализации, но большой ошибки, кажется нам, в этом допущении и нет. В самом деле, если для одних активных застрахованных женщин, составляющих ничтожный процент населения, требуется 130—140 гинекологических коек, то цифра в 1400 для всей Белоруссии совсем не велика. Во-вторых, по данным профессора Снегирева (Маточные кровотечения) из 100 обращающихся за помощью по поводу кровотечения гинекологических больных 25% страдает канцером, 19%—фибромиомой, 11%— метритом, 8%— эндометритом, 6%— абортов, 6%—subinuvlutio, 10%—dispositio и 15% прочих: только часть этой последней группы может быть не нуждается в госпитализации. В третьих—интересно привести мнение Богословского о роли женских болезней в общем составе болезненности: „Во-первых—у значительного большинства профессии—у 32 из 40, т. е. у 4/5 из них—эта роль менее значительна, чем у сельского населения; во-вторых—максимальный показатель женских болезней мы встречаем не у представителей какой либо профессии, а у не работающих на фабрике членов семей, рабочих брезентового производства. В этом нельзя не видеть указания на то, что в деле происхождения повышенной заболеваемости женскими болезнями причинными моментами являются, главным образом, не профессиональные вредности, а бытовые условия жизненной обстановки лиц, принадлежащих к исследуемым профессиям“.

Не подлежит сомнению, что у нас далеко не все гинекологические больные крестьянки выявлены, что их число соответственно гораздо больше, а, следовательно, указанное нужное число гинекологических коек не преувеличено. Нужно еще принять во внимание, что если в городе часть гинекологических больных и можно подвергнуть амбулаторному лечению, то в деревенской обстановке эта возможность почти исключается. Поэтому, не считая организацию 1.500 гинекологических коек практической задачей ближайшего времени, на путь этот расширения коечного фонда стать необходимо. Между прочим, в деле борьбы с гинекологической заболеваемостью, если принять во внимание данные Снегирева, особенное значение имеет лечение новообразований и организация такового должна стать конкретной задачей настоящего времени

Таким образом, в области гинекологической помощи мы выдвигаем следующие положения: максимум предупредительных мероприятий и удовлетворение хотя бы основных потребностей в коечном лечении, которое должно расширяться непрерывно. Среди предупредительных мероприятий в сельских местностях первое место занимает широкая организация родильной помощи, а в городах - борьба с профвредностями в социальном их понимании.

Нам остается разобрать последнюю лечебно-профилактическую задачу в области родильно-гинекологической помощи, связанную с абортами.

Аборт, как социально-патологическое явление, не может нас интересовать здесь во всем своем об'еме. Мы не намерены здесь останавливаться на выяснении вопросов, отнести ли аборт к социальным „болезням“, как это склонны трактовать буржуазные социал-гигиенисты, или к евгеническим мероприятиям, или к явлениям социально-экономической категории и т. д. Мы не считаем также своей задачей разбирать здесь все имеющиеся меры борьбы с абортами, критиковать их или рекомендовать. Мы хотим только подчеркнуть, что лишь широкая государственная организация охраны младенчества в

состоянии сколько-нибудь заметно повлиять на поднятие стремления женщин к материнству, т.-е. что только государственная гарантия полного обеспечения младенца может уменьшить число абортов, которые мы толкуем сейчас в социальном их значении, как средство уменьшать рождаемость (противозачаточные средства с точки зрения социальных последствий немногим отличаются от абортов). Впрочем мы уже указывали, что наша задача ограничивается с точки зрения лечебно-профилактических мероприятий. Последние считаются с абортом, как с фактом, и их цель—поставить аборт в такие условия, чтобы он наносил наименьший вред наличным трудовым рессурсам. Просто говоря—лечебно-профилактическая организация рассматривает аборт, как гинекологическую операцию, которая связана с опасностями для женщины; довести эти опасности до минимума, обезопасить эту операцию, предотвратить потерю трудоспособности из-за нее—вот практическая задача. Конечно, мы вовсе не хотели сказать, что лечебно-профилактическая организация не заинтересована или не должна принимать мер к профилактике аборта в смысле убеждения женщины, широкого ознакомления с опасностями аборта, популяризации безвредных противозачаточных средств и т. д., но при определении конкретных наших мероприятий, основные вопросы, стоящие перед нами, сводятся к следующему: сколько производится абортов, как лучше организовать производство их и сколько каких для этого нужно учреждений.

Самый сложный и трудный вопрос—первый. К сожалению, мы совершенно не можем основываться на данных за 1924 год, несомненно значительно преуменьшенных. Всего за этот год зарегистрировано в Статистическом отделе 1187 абортов по всей Белоруссии, тогда как один август месяц 1925 года дал 1065 абортов. Что касается 1925 года, то мы имеем следующие статистические данные: за первую четверть произведено 2578 абортов, за вторую четверть—2520; за третью—2884. Приведем некоторые коэффициенты.

Гротьян сообщает, что в Германии ежегодно насчитывается 300.000 абортов, что составляет около 16% всех родов.

Д-р Петерс по Екатеринбургу приводит такие данные: в 1920 г. аборты составляли 20,2% всех родов, в 1921 году—25%, в 1922 году—50,8%.

Паевский недавно опубликовал данные по Ленинграду: на 100 родившихся приходилось абортов: в 1923 году—9,3, в 1924 г.—21,2, в 1925 40,4; на 1000 населения приходилось абортов в 1924 году—5,6, а в 1925 г,—11,6 (рождаемость соответственно была 26,6 и 28,8 на 1000).

В отношении Белоруссии мы вывели для 1925 года такие коэффициенты:

На 100 родившихся в 1925 году приходилось абортов по всей Белоруссии—5,6, по городам—42,6 и по сельским местностям—2,3.

На 1000 жителей в 1925 году по всей Белоруссии абортов было около 2,6, по городам - 17, а по сельским местностям—1,4.

Наконец, небезинтересно выявить процентное отношение произведенных абортов к числу родовспоможений: по всей Белоруссии этот процент равен 51,2, по городам 69,2, в сельских местностях—35,7.

Приведм сведения об отношении числа произведенных абортов (зарегистрированных) к числу рождений и к родовспоможениям по отдельным городам:

Название города.	% отнош. к числу родов.	0/00/0 отношение к числу родовспомож.
Бобруйск	58,5 0/0	118 0/0
Борисов	31,4	55
Витебск	48	73
Климовичи	82,5	130
Минск	33,6	56
Могилев	63,3	106
Мозырь	37,5	28
Орша	42,5	100
Полоцк	36,8	67
Слуцк	28,7	36

(Вычислено по бюллетеням Статистического Отдела НКЗ).

Мы считаем излишним делать вычисления для сельских местностей по отдельным округам, так как соответствующая общая цифра по всей Белоруссии очень незначительна и она, конечно, совершенно не отражает действительного распространения абортов в сельских местностях Белоруссии. В самом деле, в Германии, где аборты в подпольи как мы видели, процент их по отношению к рождениям гораздо выше Более того по Гротьяну одни патологические выкидыши составляют 10–11% всех родов. Таким образом, можно быть уверенным, что аборты в Белоруссии еще в отдаленной степени не охвачены медико-санитарной сетью. Это—первый вывод, к которому мы приходим на основании анализа, имеющихся у нас статистических данных.

Второй вывод—в городах Белоруссии, где большинство абортов, как можно предполагать, регистрируется, число их находится в общем на одинаковом уровне с другими городами. Исключение составляют Климовичи, Бобруйск и Могилев, что можно об'яснить, пожалуй, тем, что в окружных больницах много привозных случаев из села.

В третьих—мы убеждаемся в том, что в деятельности наших родильно-гинекологических отделений, особенно в городах, производство абортов занимает громадное место

Наконец, из сравнения рождаемости по Белоруссии и в других местах, с одной стороны, и числа абортов—с другой, с совершенной определенностью выясняется, что для Белоруссии аборт представляет собой социально-опасное явление, не столько как причина массового сокращения рождаемости, а как возможная причина потери трудоспособности в связи с болезненными осложнениями после абортов.

Практические задачи лечебно-профилактической организации могут быть сейчас точно конкретизированы. Необходимо, прежде всего, в сельских местностях максимально приблизить к женщине возможность произвести ту операцию, которую она сейчас проделывет в ужасных условиях, калеча или губя себя. Нам не удалось получить статистических сведений о том, как много попадает в леучреждения случаев с

начавшимся абортом, у нас нет также данных о смертности от абортов. Судя по личным впечатлениям врачей, по дошедшим до суда случаям, по сведениям из других частей союза (данные Генса), можно с уверенностью сказать, что интересующее нас явление, во всяком случае, настолько значительно, чтобы заставить нас принять меры борьбы с его результатами. Помимо организационного упрощения дела (упразднение абортных комиссий), эта борьба может успешно вестись при осуществлении разработанной нами системы районного здравоохранения--при устройстве в каждом участке родильного отделения. Вместе с расширением акушерской помощи и спроса на нее, вместе с ростом культурности крестьянского населения, выявление абортов, сейчас не попадающих под регистрацию, все более и более будет увеличиваться и соответственно будет уменьшаться число подпольных абортов, будет уменьшаться ущерб, который сейчас несет общество и государство от потери трудоспособности многих женщин.

В отношении городов, возможно даже количественное определение наших задач. Надо рассчитывать, что в среднем число абортов равно 50% всех рождений, и предполагать, как это признано, что все аборты должны быть госпитализированы. Если принять число рождений в городах за год около 15.000, то абортов следует ожидать 7.500, госпитализация которых потребует 22.500 койко-дней или всего около 65 коек для всех городов Белоруссии. Мы не станем делать расчетов для каждого округа—они очень просты; важно подчеркнуть, что абортные койки в городах должны быть специально выделены в гинекологических учреждениях.

В заключение надо еще раз сказать, что лечебно-профилактические задачи в отношении охраны здоровья женщин касаются медицинской помощи при родах, которая сама по себе есть лечебно-профилактическая мера, восстановления трудоспособности женщины при ее болезни и освобождения от беременности, когда по тем или иным причинам, она не в состоянии стать матерью. Мы указали на те практические задачи и пути их разрешения, которые нам кажутся сейчас наиболее актуальными и своевременными—и из всех мероприятий и путей мы особенно подчеркиваем необходимость расширения госпитализации, т. е. коечного фонда.

Итоги оспопрививательной кампании по БССР за 1924—1925 г.г.

Врач В. Казанская (Минск).

В № 4—5 журнала „Белорусская Медицинская Мысль" нами был представлен материал о положении дела оспопрививания в БССР. Особые условия, в которые была поставлена наша Республика в период гражданской и империалистической войн, дали в конечном итоге до миллиона пятисот тысяч населения, нуждающегося в оспопрививании, дабы изжить угрозу по вспышке эпидемии оспы. Указанные обстоятельства настоятельно выдвинули вопрос безотлагательного проведения подворного оспопрививания в 1924—1925 г. Отпущенные в апреле м-це Совнаркомом дополнительные средства Наркомздраву дали возможность осуществить намеченную работу по профилактике оспы. Исходя из денежных средств, в 10 округов БССР были командированы 25 оспопрививателей на деревню, которые, в зависимости от численности населения округов, были распределены следующим образом:

В Минский	округ	3	оспопрививателя
„ Могилевский	„	3	„
„ Бобруйский	„	3	„
„ Борисовский	„	3	„
„ Мозырский	„	3	„
„ Витебский	„	2	„
„ Калининский	„	2	„
„ Оршанский	„	2	„
„ Слуцкий	„	2	„

Оспоприниватели были укомплектованы из студентов медфака Б.Г.У. (13 чел.) и лекпомов Минской фельд. школы. Весь указанный персонал был пропущен через краткосрочные 2-х недельные курсы, организованные НКЗ при Пастеровском Институте (оспенном отделении). Детритом работники снабжались из Минского Центрального Пастеровского Института и Витебского. Оспопрививатели проводили подворные поголовные прививки населению в тех районах округов, которые по указанию Окрздравотделов являлись неблагополучными по оспе и были наиболее удалены от мед. пунктов врач. участков. Оспопрививательная кампания не являлась заменой текущей очередной прививки, проводимой ежегодно мед. участками, но была лишь ее дополняющей, исходя из определенного задания ликвидации оспенной задолженности. Некоторыми округами (Орша, Минск, Витебск и Бобруйск) оспопрививательная кампания была усилена дополнительным персоналом, специально приглашенным Окрздравотделами из местных средств для подворной прививки. Так например, Оршанский округ имел в текущем году 2-х оспопрививателей за счет НКЗ и 8 за счет средств местного бюджета, ликвидируя, таким образом, всю свою задолженность по оспопрививанию в Оршанском округе в один год. Кампания проводилась в течение 4 месяцев с 1-го мая по 1-е сентября и обслужила 3321 селение следующих районов 10 округов БССР:

Калининский округ	Костюковичский р-н Милославичский „
Оршанский „	Горецкий „ Дрибенский „ Кохановский „ Копыльский „ Оршанский „ Леднянский „ Богушевский „ Круглянский „ Дубровинский „ Толочинский „
Полоцкий „	Полоцкий „ Ветринский „
Мозырский „	Житковичский „ Петриковский „ Лельчицкий „
Бобруйский „	Паричский „ Жлобинский „ Рогачевский „
Слуцкий „	Любаньский „ Стародорожский „ Старобинский „ Краснослободск. „
Минский „	Логойский „ Узденский „ Самохвалович. „
Борисовский „	Крупский „ Бегомольский „ Лепельский „
Могилевский „	Шкловский „ Чечевичский „ Кармянский „
Витебский „	Езерический „ Чашниковский „ Бешенковичский „ Сенинский „

Общее количество привитых по БССР в текущем году составляет—194.136. Из них взрослых—76.656 (34%), детей до 5 лет 47.166

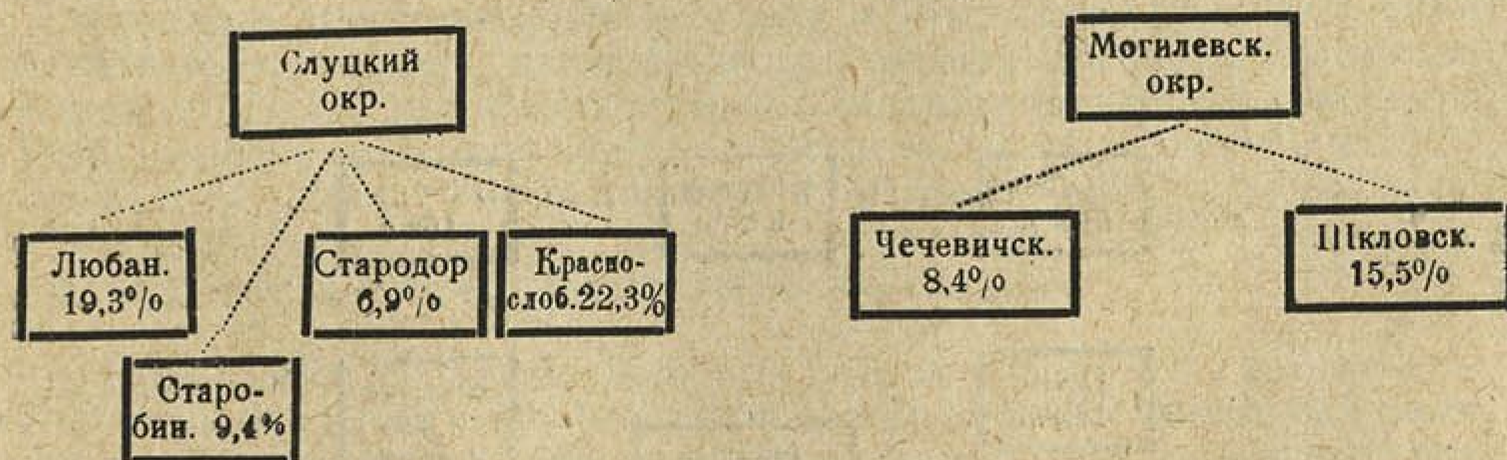
(24%), от 5 до 15 лет 69.566 (30%). По округам в процентном отношении к населению районов прививка выразилась в следующих цыфрах:

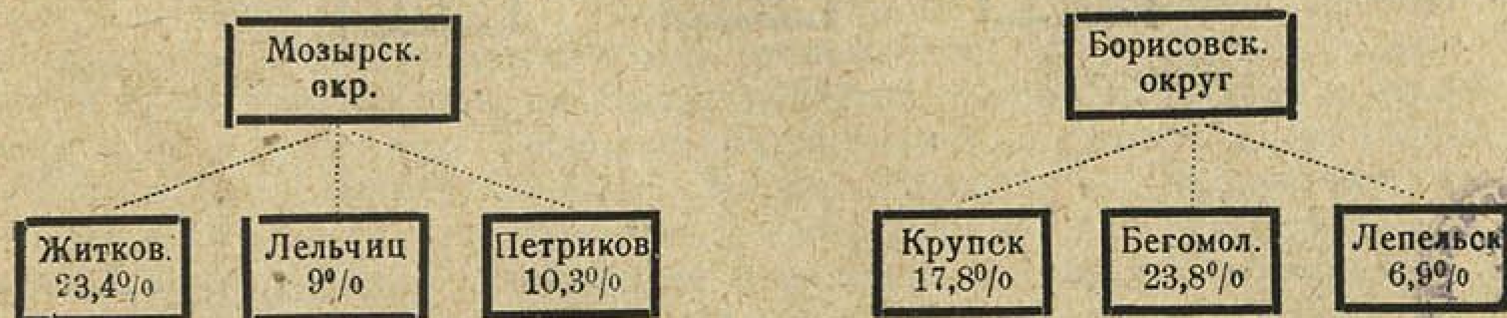
Количество прививок по округам:

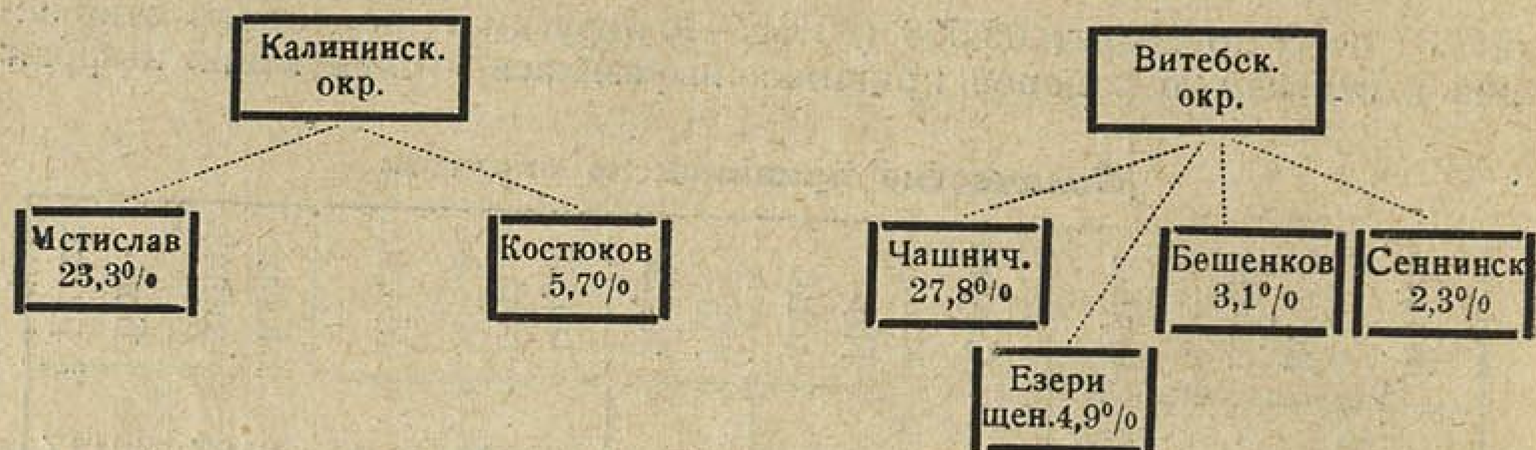
Минск	Витебск.	Орша	Слуцк	Полоцк	Мозырь	Борисов.	Могил.	Калининск.	Бобруйск
14635	10683	49157	18668	10866	12908	15622	10374	8167	32117

Отношение привитых к населению районов.








Калининск. окр.
Мстислав 23,3%
Костюков 5,7%
Витебск. окр.
Чашнич. 27,8%
Езерищен. 4,9%
Бешенков 3,1%
Сеннинск 2,3%


Минск. окр.
Логойск 7,2%
Узденск 24.2%
Самохв. 10.8%


Дрибен 51,9%
Коханов 9,5%
Богушев 16%
Орша 11,1%
Оршан. округ
Копыск 9,3%
Горецк.
Дубров 5,3%
Ляднен. 25%
Кругл. 18%
Толоч. 8%

Общий процент по округам неподвергшихся прививкам в указанных районах проводимой кампании составляет—13%. Из причин, служивших отказом к прививкам со стороны населения, 42% падает на неистекший срок для ревакцинации (6 лет), 3% на лиц, перенесших нат. оспу и 55% отказов относится к несознательности населения в силу его некультурности. Абсолютная цифра отказов последней категории равна 39.258, что составляет по отношению ко всему населению, обслуженного оспопрививателями 2,8%. В возрастном отношении отказ в прививках по нежеланию падает на возраст 60—70 лет.

Из числа прививаемых 54.845 (28%) не прививались вовсе от рождения, 57.720 (29%) не имели прививки за последние 10 лет.

Количество неудачных прививок в абсолютных цифрах составляет 64.528 или 63%, причем по отношению к первичным неудачные прививки дают 20%, из повторных же прививок неудачные составляет 90%. Как было уже указано выше, детрит оспоприviватели получали из Минского и Витебского Пастеровского Институтов по разверстке НКЗ по заявкам округов. Всего было отпущено по разверстке 843080 доз в следующем количестве:

1) Бобруйскому	Окрздраву	. . . . . 143.000	доз.
2) Слуцкому	„	. . . . . 100.000	„
3) Полоцкому	„	. . . . . 72.000	„
4) Борисовскому	„	. . . . . 75.000	„
5) Мозырскому	„	. . . . . 90.000	„
6) Могилевскому	„	. . . . 69.000	„
7) Калининскому	„	. . . . 67.520	„
8) Оршанскому	„	. . . . . 108.100	„
9) Минскому	„	. . . . . 118.210	„

И дополнительно 18.940. Помимо этого, 19600 доз было отпущено Пастеровским Институтом Белмедторгу и Аптекоуправлению. Общее же количество детрита, изготовленного по плану Профилактич отдела, составляло 91.540 доз. Одновременно с оспопрививательной кампанией происходившая очередная прививка населения по мед. участкам в БССР дала в итоге 204261. Таким образом к 18 сентября 1924/25 бюджетного года всего было привито населения 398397 человек с израсходованием детрита в количестве 862020 доз.

Считая 50% утечки детрита при работе, мы можем констатировать, что в текущем году, благодаря своевременной заявке округами детрита, исходящей из действительного расчета необходимого его количеству. Профилактич. Отдел Наркомздрава имел возможность согласовать план выработки с планом расходования, что несомненно дало известное экономическое сбережение.

Что же касается цифры привитых то, благодаря активности работников, ее удалось выполнить на 38% выше предполагавшейся. Еще следует сказать несколько слов о качестве детрита. В среднем оспопрививателями отмечается 80% детрита хорошего качества, указания на слабые качества детрита относятся к июлю м-цу (серия № 6). При проверке контрольного детрита той же серии Пастеровским Институтом была отмечена хорошая его прививаемость в силу чего можно предполагать, что ослабление силы детрита на местах указанной серии; зависело от отсутствия опыта в смысле хранения детрита, что несомненно будет учтено в последующей работе.

БОРИСОВСКИЙ ОКРУГ.

Крупский, Бегомольский и Лепельский районы.

Название районов.	Количество деревень.	Количество прививок.	Из них.							Не прививавшихся вовсе от рождения.	Не прививавшихся в течение 10 лет.	Количество отказов.	Причины отказов.
			Детей.		Взрослых.	Первичных.		Повторных.					
			До 5 лет.	С 5—15 лет.		Удачн.	Неудачн.	Удачн.	Неудачн				
Крупский	129	5717	1473	2239	2005	1218	262	2685	1562	1470	2115	26268	Часть граждан переболела натуральной оспой, а часть отказалась по нежеланию.
Бегомольский .	143	6668	1370	2648	2650	1099	274	3158	2137	1373	2849	—	
Лепельский . .	94	3237	976	1417	844	911	102	1382	842	1013	1423	—	
Всего по округу	94	15622	3819	6304	5499	3228	638	7228	4541	3856	6387	26268	

СЛУЦКИЙ ОКРУГ.

Любаньский, Стародорожский, Старобинский и Краснослободский районы.

Районы.	Количество деревень.	Количество прививок.	Из них. Детей. До 5 лет.	Из них. Детей. С 5—10 лет.	Из них. Взрослых.	Из них. Первичных. Удачных.	Из них. Первичных. Неудачных.	Из них. Повторных. Удачных.	Из них. Повторных. Неудачных.	Не прививавшихся вовсе от рождения.	Не прививавшихся в течение 10 лет.	Количество отказов.	Причины отказов.
Любаньский	56	5842	1461	1864	2517	1326	183	2098	2235	1509	2910	12595	Часть граждан переболела натуральной оспой, часть вакцинирована в 1920—21—22—23—24 г.г., а часть отказалась по нежеланию.
Стародорожский	34	2781	928	832	1021	Не указано				902	1088	10176	
Старобинский	31	3323	648	1092	1583	523	138	1552	1108	661	1680	6902	
Краснослободск.	20	6722	1514	2253	2955	1204	314	2378	1826	1518	3192	7157	
Всего по окр.	141	18668	4551	6041	8076	3057	635	6028	5169	4580	8870	36830	

КАЛИНИНСКИЙ ОКРУГ.

Милославский и Костюковичский районы.

Районы.	Количество деревень.	Количество прививок.	Из них: Детей. До 5 лет.	Детей. С 5—15 лет.	Взрослых.	Первичных. Удачных.	Первичных. Неудачных.	Повторных. Удачных.	Повторных. Неудачных.	Количество лиц не прививавшихся от рождения.	Количество непрививавшихся в послед. 10 лет.	Количество отказов.	Причины отказов. Болевших оспой.	Причины отказов. Привиты в послед. 7 лет.	Причины отказов. Нежелавших.
Милославский	61	5569	1418	1952	2199	967	259	1781	2562	1226	497	18219	—	—	—
Костюковичский	45	2538	401	1925	1353	498	Не прив.	2010	Не прив.	—	—	—	—	—	—
Итого	106	8167	1819	3877	3552	1465	259	3791	2562	1226	497	18219	—	—	—

БОБРУЙСКИЙ ОКРУГ.

Паричский, Жлобинский и Рогачевский районы и Окрздравы.

Название районов.	Количество деревень.	Количество прививок.	Из них: Детей. До 5 лет.	С 5—10 лет.	Взрослых.	Первичных. Удачных.	Неудачных.	Повторных. Удачных.	Неудачных.	Не прививавшихся от рождения.	Не прививавшихся в течение 10 лет.	Количество отказов.	Причины отказов.
Паричский . . .	167	12421	2968	5024	4459	2743	384	5739	3595	3127	6722	27302	Часть граждан переб. нат. оспой, часть вакционир. и ревакцинир. в 1922—23 и 24 г., а часть отказалась по собствен. нежеланию.
Жлобинский . .	102	8357	1283	3428	3641	Не указано				1338	3807	36262	
Рогачевский . .	71	2543	569	923	1061	Не указано				583	1076	24141	
Бобруйский . . .	217	8796	3244	4734	818	3314	728	2653	2101	4042	3118	—	
Всего по окр. .	557	32117	8064	14109	9979	6057	1112	8392	5696	9090	14723	87705	

МОЗЫРСКИЙ ОКРУГ.

Житковский, Лельчицкий и Петриковский районы.

Районы.	Количество деревень.	Количество прививок.	Из них.							Не прививавшихся вовсе от рождения.	Не прививавшихся в течение 10 лет.	Количество отказов.	Причины отказов.		
			Детей.			Первичн.		Повторн.							
			До 5 лет.	С 5 до 15 лет.	Взрослых.	Удачных.	Неудачн.	Удачных.	Неудачн.				Болевших оспой.	Привившихся в последние 7 лет.	Отказавшихся по нежеланию.
Житковский	68	6082	2557	1364	2161	2442	1030	581	2029	3472	572	—	—	—	—
Петриковский	69	5021	1478	1411	2132	1261	296	1267	2197	1557	615	18267	489	3462	13316
Лельчицкий	34	1805	747	475	583	920	178	481	236	1098	179	14585	—	—	—
Всего	171	12908	4782	2250	4876	4623	1504	2329	4462	6127	1366	—	—	—	—

МОГИЛЕВСКИЙ ОКРУГ.
Шкловский и Чечевичский районы.

Название районов.	Колич. деревень.	Колич. прививок.	Из них. Детей. До 5 лет.	Из них. Детей. С 5 до 15 лет.	Из них. Взрослых.	Из них. Первичн. Удачных.	Из них. Первичн. Неудачных.	Из них. Повторн. Удачных.	Из них. Повторн. Неудачных.	Не прививавшихся вовсе от рождения.	Не прививавшихся в течение 10 лет.	Причины отказов.	Причины отказов. Болевших натуральной оспой.	Причины отказов. Прививших в последние 7 лет.	Причины отказов. Отказавшихся по нежеланию.
Шкловский	139	8112	2262	2490	3360	3559	483	1437	2633	4042	2147	25052	702	7958	16392
Чечевичский	94	2262	1283	875	104	889	303	778	201	1192	387	21720	—	—	—
Всего	233	10374	3545	3365	3464	4448	786	2215	2834	5234	2534	46772	702	7958	16392

ОРШАНСКИЙ ОКРУГ.
Горецкий район.

Название районов.	Количество деревень.	Количество прививок.	Из них. Детей. До 5 лет.	Из них. Детей. С 5 до 15 лет.	Из них. Взрослых.	Из них. Первичн. Удачных.	Из них. Первичн. Неудачн.	Из них. Повторн. Удачных.	Из них. Повторн. Неудачн.	Не прививавшихся вовсе от рождения.	Не прививавшихся в течение 10 лет.	Количество отказавшихся.	Причины отказов.
Горецкий	61	7323	1128	1762	4433	1198	191	4181	1753	1389	5637	14540	—

ОРШАНСКИЙ ОКРУГ.

Дрибенский, Кохановский и Копысский районы.

Название районов.	Количество деревень.	Количество прививок.	И з н и х.							Не прививавшихся вовсе от рождения.	Не прививавшихся в течение 10 лет.	Количество отказов.	Причины отказов.
			Детей.		Взрослых.	Первичн.		Повторн.					
			До 5 лет.	С 5 до 15 лет.		Удачных.	Неудачных.	Удачных.	Неудачных.				
Дрибенский . .	84	14275	1864	3670	8741	2405	1220	4695	5955	3625	5224	13788	Часть граждан переболела натуральной оспой, часть вакциниров. в 1922—23—24 г.г., а часть отказалась по личному нежеланию.
Кохановский . .	157	3867	1562	1462	843	1193	319	834	1521	1512	—	—	
Копысский . . .	98	3150	1028	1465	657	990	70	863	1227	1060	—	—	
Всего по округу	339	21292	4454	6597	10241	4588	1609	6392	8703	6197	5924	13788	

ОРШАНСКИЙ ОКРУГ.

Оршанский, Ляднянский и Богушевский районы.

Название районов	Количество деревень.	Количество прививок	Из них:							Непривившихся в течение 10 лет.	Непривившихся от рождения.	Количество отказов.
			Дети.		Взрослых.	Первичн.		Повторн.				
			До 5 л.	С 5 до 15 лет.		Удачн.	Неудачн.	Удачн.	Неудачн.			
Оршанский	112	6671	1063	3129	2479	964	112	2611	2984	—	1076	—
Ляднянский	173	6293	617	3411	2265	527	61	3056	2649	—	588	—
Богушевский	156	5240	1884	2024	1432	1622	263	1334	2021	—	1887	—
Всего по округу . .	441	18204	3564	8564	6176	3113	436	7001	7654	—	3551	—

ОРШАНСКИЙ ОКРУГ.

Круглянский, Дубровинский и Толочинский районы.

Название районов	Количество деревень.	Количество прививок.	Из них:							Не привившихся вовсе от рождения	Непривившихся в течение 10 лет.	Количество отказов.
			Дети.		Взрослых.	Первичн.		Повторн.				
			До 5 л.	С 5 до 15 лет.		Удачн.	Неудачн.	Удачн.	Неудачн.			
Круглянский	162	6281	1774	2695	1812	1787	124	1945	2425	1911	—	—
Дубровинский	84	2524	2013	313	198	2008	226	68	222	2234	—	—
Толочинский	65	3472	1286	1304	882	1157	232	462	1621	1389	—	—
Всего по округу . .	311	12277	5073	4212	2892	4952	582	2475	4268	5534	—	—

МИНСКИЙ ОКРУГ.

Логойский, Узденский и Самохваловичский районы.

Районы.	Количество деревень.	Количество прививок.	Из них:							Не привившихся вовсе от рождения.	Не привившихся в последние 10 лет.	Количество отказов.	Причины отказов.		
			Детей.			Первичн.		Повторн.							
			До 5 лет.	С 5 до 15 л.	Взрослых.	Удачн.	Неудачн.	Удачн.	Неудачн.				Болевших натур. оспой.	Прививавших в послед. 7 лет.	Отказавших по нежеланию.
Логойский	70	2415	981	1202	232	1152	129	853	275	1287	743	—	—	—	—
Узденский	49	7201	1110	1789	4312	1415	—	5786	2018	1415	5412	2861	—	—	—
Самохваловичский	60	5019	1119	2568	1332	568	—	4451	—	568	2281	9624	—	—	—
Итого	179	14635	2210	5559	5876	2131	129	11090	4283	3270	8436	2485	—	—	—

ВИТЕБСКИЙ ОКРУГ.

Езерищенский и Чашничский, Сеннинский и Бешенковичский районы.

Название районов.	Количество деревень.	Количество прививок	Из них: Детей. До 5 лет.	С 5 до 15 лет.	Взрослых.	Первичн. Удачн.	Первичн. Неудачн.	Повторн. Удачн.	Повторн. Неудачн.	Не прививавшихся от рождения.	Не прививавшихся в течение 10 лет.	Количество отказов.	Причины отказов.
Езерищенский . .	35	1314	209	920	203	585		729		585	422	—	—
Чашничский . . .	238	6666	1941	501	4224	2301	331	2426	1618	1734	—	—	—
Сеннинский . . .	—	1281	181	87	1013	283		717		—	—	—	—
Бешенковичский .	—	1422	239	114	1009	353		94		—	—	—	—
Всего по окр. .	273	10683	2570	1622	6449	1221 / 2301	331	1540 / 2426	1618	2319	422	—	—

ПОЛОЦКИЙ ОКРУГ.

Ветринский и Полоцкий районы.

Районы.	Количество деревень.	Количество прививок.	Из них:							Не привившихся от рождения.	Не привившихся в течение 10 лет.	Количество отказов.	Причины отказов.		
			Детей.		Взрослых.	Первичн.		Повторн.							
			До 5 лет.	С 5 до 15 л.		Удачн.	Неудачн.	Удачн.	Неудачн.				Болевших натур. оспой.	Прививавшихся в послед. 7 лет.	Отказавшихся по личн соображен.
Полоцкий район	163	5593	661	2289	2643	637	64	2299	2593	701	1427	9566	514	2521	6531
Ветринский район	204	5273	921	2009	2340	1299	202	1570	2202	1501	1497	14493	901	5647	7945
Всего	367	10866	1582	4298	4983	1936	266	3869	4795	2202	2924	24059	1415	8168	14476

Опыт изучения восприимчивости детей г. Минска к скарлатине при помощи реакции Діск'а.

Ассистента Детской клиники БГУ А. И. Гуревич.

Скарлатина известна человечеству более 200 лет. Несмотря на это, недостаточно еще изучена ее многообразная клиническая картина, не ясна этиология, не известен возбудитель, симптоматична терапия и ограничена профилактика.

С давних пор возбудителем скарлатины считался стрептококк. Его всегда находят в слизи зева заболевших, особенно при некротической ангине, часто в крови больных и почти всегда в органах трупов. Но целый ряд теоретических размышлений,—как например: почему скарлатина оставляет у заболевшего иммунитет, чего мы не видим при других стрептококковых заболеваниях; почему стрептококковыми культурами не удается вызвать скарлатину экспериментально у животных,—заставлял часть исследователей все-таки искать другого, более специфического возбудителя.

В 1908 году появились опыты Bernhardt'а и других, которым удалось, вводя кроликам и обезьянам фильтраты из скарлатинозного материала, вызвать у них скарлатиноподобное заболевание. Тогда впервые создается учение о фильтрующемся вирусе, как возбудителе скарлатины.

Около того же времени и в ближайшие годы появляется еще целый ряд работ, извещающих о вновь найденных возбудителях. Так, Mallory указывает на найденный им в коже больных между эпителиальными клетками протозойный организм; Döhle считает вобудителем найденные им в лейкоцитах „включения"; Vipond вырастил из сока лимфатических желез больных особую палочку; Pospischill и Weiss находят особую спириллу.

Специфичность всех этих возбудителей не была доказана, и солидного места в учениях об этиологии скарлатины они не заняли.

Параллельно с этим возникает особенно в значительной группе германских бактериологов и клиницистов, как Schiff, Friedberger, Pirquet и друг.,—учение о скарлатине, как о явлении анафилаксии.

Повторными ангинами или фарингитами, вызванными чаще всего стрептококком, человеческий организм сенсибилизируется к парентерально введенному чужеродному белку бактерий, и когда чрез некоторое время появляется новое заболевание ангиной, сенсибилизированный организм реагирует анафилактическими явлениями: резким под'емом температуры, рвотой, падением кровяного давления, сыпью. Степень же реакции и сама реакция находятся в зависимости от конституционального предрасположения данного лица. Так, например, Czerny считает, что предрасполагающим к скарлатине моментом у детей является лимфатико-гипопластическая конституция.

Schontag идет в развитии этой мысли даже так далеко, что считает: сенсибилизировать организм по отношению к чужеродному белку могут не только стрептококки и вообще бактерии, но и алиментарная вредность (Noxe), а потому в скарлатине нет ничего специфически инфекционнаго, и скарлатина не контагиозна.

Однако большинство авторов такое об'яснение скарлатины, как анафилактического шока, не удовлетворяет, и поиски за специфическим возбудителем продолжаются.

В 1921 г. итальянский исследователь di Cristina сообщает, что нашел в крови, костном мозгу, цереброспинальной жидкости, моче и другом материале скарлатинозных больных чрезвычайно мелкий 0,2—0,4 микрона размером, растущий при анаэробных условиях на средах Tarozzi и Noguchi, красящийся анилиновыми красками и по Gramm'у фильтрующийся через свечу Беркефельда овоидный микродиплококк.

Впрыскивая культуру его кроликам, di Cr stina и Caronia обнаруживали у них скарлатиноподобную сыпь; впрыснув нескольким, ослабленным предшествовавшей корью, детям по 2 ccm. живой культуры, вызвали у них заболевание, соответствующее легкой форме скарлатины; а профилактическая вакцинация детей убитыми культурами дает им, по словам авторов, иммунитет по отношению к скарлатине. На этом основании di Cristina, Caronia и еще целый ряд итальянских авторов считают свой фильтрующийся микродиплококк возбудителем скарлатины.

В 1924 году американские авторы G и Gv. Dick сообщают результаты своих исследований, которые формулируются следующим образом: у 85—100% скарлатинозных больных на миндалинах находится два, особых вида гемолитического стрептококка, из которых один обладает способностью вызывать брожение пентозы (Mannit), и оба выделяют особый токсин.

Смазывание культурой этих стрепококков горла нескольких добровольцев-студентов дало у двух лиц заболевание типичной скарлатиной: высокая температура, ангина, сыпь, последующее шелушение. Фильтрат культуры, впрыснутый в количестве 1 ccm. и разведении 1:100 интрамускулярно восприимчивым лицам, вызывает у них тоже небольшое повышение t°, рвоту и скарлатинозную высыпь. Этот же фильтрат в разведении 1:500, 1:1000, при введении его интрадермально в количестве 0,1 ccm., дает опять таки у лиц восприимчивых через 6—8 часов ограниченную кожную реакцию в виде резко-красного пятна, размером 1—2 сантиметра в диаметре, с инфильтратом, или без него; пятно это является реакцией сосудов, ткани почти не затрагивает, безболезненно, и через сутки исчезает, не оставляя, — в отличие от реакции на дифтерию Schick'a, — ни пигментации, ни шелушения.

Этот гемолитический, выделяющий токсин стрептококк G и Gl. Dick, Dochez и другие американские авторы считают возбудителем скарлатины, локализующимся на миндалинах, самую болезнь определенной токсинэмией, а кожную реакцию показателем восприимчивости данного лица к скарлатине (Dick-test).

Техника приготовления токсина следующая: культура стрептококка засевается в 2%-ный мясо-пептонный бульон с добавлением 5% дефибринированной крови барана (щелочность=ph 7,8); посев остается 4 суток в термостате, фильтруется через бумагу, прибавляется 1/4%-ная карболовая кислота и снова фильтруется через свечу Чемберленда, — фильтрат содержит токсин. Кожная же доза токсина для Dick-test'a устанавливается разведением его 1:500; 1:1000; 1:2000 и дальнейшими испробованиями на больных скарлатиной в первые 4—5 дней заболевания: самое слабое разведение, дающее яркое пятно и есть кожная доза. Обычно 1 ccm. токсина=10000 кожных доз.

Как доказательство специфичности своего токсина авторы приводят известный при скарлатине феномен угасания Schulz-Charlton'a, состоящий, как известно, в том, что если скарлатинозному больному в период сыпи ввести интракутанно сыворотку реконвалесцента, сыпь на месте введения сыворотки исчезает, как бы угасает, заменяясь белым пятном.

Dick'и толкуют этот, раньше не имевший об'яснения, феномен, как местную нейтрализацию токсина больного антитоксином, выработавшимся в крови реконвалесцента. И смешивая in vitro свой токсин с сывороткой реконвалесцентов и впрыскивая эту смесь интракутанно, они, действительно, не получают той кожной реакции, того яркого пятна, которое данное лицо давало им при одном токсине.

Таким образом, посредством получаемого ими токсина Dick'и различают лиц к скарлатине восприимчивых, дающих кожную реакцию и невосприимчивых, таковой не дающих.

К первым относятся все лица, не болевшие скарлатиной и больные ею в первые 10 дней заболевания (пока в организме не успели выработаться антитела); ко вторым—все, скарлатиной переболевшие и реконвалесценты после 10-го дня болезни.

Авторами исследован ряд лиц и результат представлен в следующей таблице:

Состав исследованных	Колич. исследованных	Отриц реакция	Реакц. слабо-положит.	Реакц. резко положит.	% положит. реакции
Выздоравливающие от скарлатины . .	65	62	3	0	4,6
Лица, перевесшие скарлатину . . .	16	15	0	1	6,2
Лица, не имевшие скарлатины . . .	72	35	7	30	51,0

Итак, в настоящее время существует 2 новых крупных течения, стремящихся об'яснить этиологию скарлатины: по учению итальянских авторов возбудителем является фильтрующийся микрококк, по авторам американским—гемолитический токсический стрептококк.

Проверкой обоих этих положений, а также и логических их консеквенций,—как приготовление профилактических вакцин, иммунных сывороток и изучением их действий и занялись в настоящее время все бактериологические и клинические центры Европы и Америки.

Результаты некоторые опубликованы, — особенно проверяются положения американских авторов; мнения разноречивы. Так, Шабанова-Миллер пишет: „проба Dick'a дала результаты, подтверждающие ее специфичность; активная иммунизация, согласно указаниям американских авторов, влечет за собой переход положительной реакции Dick'a в отрицательную". Осиновский, Шорохов и Гершенович: мы „далеко еще не склонны считать гемолит стрептококк, как основного возбудителя скарлатины"; „мы не можем не отметить огромных заслуг итальянской школы в вопросе об истинной этиологии скарлатины; но практические результаты и клинические факты с реакцией Dick'a поразительны и очевидны". Friedmann и Deicher на заседании Общества Детских врачей г. Берлина считают, что „чувствительность в отношении Dick-test'a зависит от содержания в сыворотке антитоксина и является показателем предрасположения к скарлатине"; они надеются, что „результаты американских авторов с антитоксической сывороткой получат в дальнейшем полное подтверждение". Nobel и Orel (из клиники Pirquet) заключают: вопос о спецефичности реакции Dick'a является еще не в полной мере ясным. Преобладающее число отрицательных реакций после проделанной скарлатины говорит за спицефическую связь Dick-test'a с иммунитетом к скарлатине. Реакция Dick'a вряд ли применима для установления диагноза скарлатины в остром состоянии, т. к. она выпадает иногда отрицательной вначале болезни, а иногда держится много дней поло-

жительной в периоде выздоровления". И, наконец, Златогоров: „факт роста из фильтратов заставлят нас внимательно отнестись к работам итальянцев".

Располагая небольшим количеством „токсина Dick" для кожных реакций, изготовленного Варшавским Бактериологическим Институтом, я предприняла опыт изучения восприимчивости детей к скарлатине в Минске.

Исследовано мною 88 человек. Материал брался из детской клиники, Дома ребенка № 2, Детдома № 1 и Городской Заразной больнице (3-я Совбольница). Возраст 3 — 15 — 23 года (2 реконвалесцента от скарлатины красноармейца и 1 воспитательница Детдома).

За искючением 7 человек, исследованных в скарлатинознсм отделении больницы и 2-х человек детей старшего возраста, утверждавших, что ими несомненно скарлатина была перенсеена, — болели ли скарлатиной остальные, совершенно неизвестно.

Детям вводилось интракутанно в одно предплечье 0, 1 ccm. токсина, в другое 0,1 ccm. контрольной жидкости, изготовленной тем же Варшавским Бактериологическим Институтом и состоящей из того же токсина, разрушенного продолжительным нагреванием.

Для впрыскивания. по совету С. В. Коршуна, аналогично с техникой пробы на реакцию Schick'a, брался, — чтобы случайно не спутать, —1 стерилизованный однограммовый шприц Reccord'a для токсина и другой однограммовый же Liberg'a для контроля; иглы, очень тонкие со срезанным режущим концом вначале кипятились и в дальнейшем протирались тампоном, смоченным (по американской инструкции) 60° алкоголем; таким же тампоном обмывалось место укола.

На месте укола левой рукой натягивалась кожа, правой же, — устанавливая шприц с иглой параллельно коже, — вводилась возможно поверхностно в corium игла так, чтобы ее конец хорошо просвечивал через epidermis, пока не скроется вся срезанная часть его. При надавливании затем на поршень на месте впрыскивания вздувается белый пузырек. размером около 1 сант. — пузырек этот быстро исчезал; через 6 — 8 часов появлялось пятно; через 16 часов после ин'екции оно изменялось. — Результат, согласно указанию авторов, толковался как положительный только в том случае, если пятно было не меньше 1-го сантиметра в диаметре. Причем, — опять таки согласно указанию авторов, — различались 4 формы: 1-ая = положительная, — при ярко-красном пятне с инфильтратом или без него на токсинной руке и совершенно чистой контрольной руке; 2-я = положительная комбинированная, — яркое пятно на токсинной и пятно значительно бледнее на контрольной; 3-я = отрицательная, — отсутствие реакции на обеих руках и 4 я = псевдореакция, — покраснение на контрольной руке при чистой токсинной, или же более интенсивное пятно на контрольной при слабо-розовом на токсинной (окраска на контрольной руке указывает на чувствительность данного суб'екта к чужеродному белку вообще).

Толкуя положительную—комбинированную тоже, как положительную, а псевдореакцию, как отрицательную, я получила следующую картину:

Возраст	Число обследован.	Полож. реак. Dick +	Полож. реак. Dick + комбин.	Всего полож.	Отрицат. реак. Dick —	Отрицат. реак. Псевдо-реакц.	Всего отриц.	% Положит.	% Отрицат.
2—4	31	17	6	23	6	2	8	} 62,0	38,0
4—6	19	5	8	8	8	3	11		
6—15	35	7	2	9	20	6	26	25,7	74,3
18—23	3	—	—	—	3	—	3	—	—
3—23	88	29	11	40	37	11	48	45,4	54.6

Т. е. из 88 человек обследованных 45,4% реакций положительных и 54,6% отрицательных; дети же от 2 до 6 лет дают 62% положительных и 38% отрицательных реакций.

В общем числе обследованных находилось:

A) Перенесших скарлатину и реконвалесцентов = 9 человек; из них:
- а) Отрицательно реагировали — 7 } =8 чел.
- в) псевдореакция „ — 1 }
- с) Положительно „ — 1 = 1

B) Больных скарлатиной (до 10-го дня заболевания) — 2; из них:
- а) положительно реаг. — 1
- в) псевдореакция „ — 1

23/XI Хазанович А., 4 л. Поступил в больницу на 3-й день заболевания. Налеты на обеих миндалинах, сыпь яркая по всему телу. T° 38,3, железы увеличены.

26/XI сыпи почти нет. T° 37,6 В горле краснота. Язык сосочковый: пульс 96. Самочувствие бодрое. Сделана реакция Dick'a.

27/XI и на правой и на левой ручке небольшие 0,8×0,3 интенсивно-розовые пятна. —Псевдореакция.

Дальнейшие течение скарлатины легкое.

Кауфман Генох, 7 лет. 26/XI поступил в больницу на 4-й день болезни. Ангина, миндалины увеличены резко. Язык обложен; сыпь интенсивна по всему телу. Белый дермографизм. T° 38.8. Пульс 120. Сделана реакция Dick'a.

27/XI сыпь бледней. Общее состояние то же. T° 38,4. Пульс 108. На левой (токсиной) руке яркое пятно без инфильтрата, 1 cm. в диаметре.—реакция положительная. —По справкам, дальнейшее течение скарлатины тяжелое; присоединилась корь.

Считая сделанный опыт только началом предполагаемого нами совместно с Минским Пастеровским Институтом ряда работ по изучению как профилактики, так и серо-вакцинотерапии скарлатины, не разрешаю себе, - ввиду недостаточно большого материала, — делать какие-либо категорические выводы. Полагаю все-таки, что результат, особенно полученный на материале скарлатинозного отделения, где из 9 человек реконвалесцентов 8 дало отрицательную реакцию, — является показательным Показательно и то, что самый подверженный и восприимчивый к заболеванию скарлатиной возраст от 2 до 6 лет дает 62% реакции Dick'a положительной.

Выражаю глубокую благодарность уважаемому профессору Б. Я. Эльберту, Директору Пастеровского Института, за предоставленный мне токсин и дружеские указания в работе.

ЛИТЕРАТУРА:

Златогоров — Профил. Медиц. 1925, № 4; Ульянов Профил. медицин. 1924, № 9—10; Миллер—Врач. Газ. 1925, № 15—16; Шабанова-Миллер—Врач. Газ. 1926, № 1; С. В. Коршун—Профилактика скарлатины; Nobel и Orel—Zeitschr. f kinderheil kunde 1925, Bd 40, Heft 1—2; Friedmann u Deicher — Klinische Wochenschrift 1925, № 49; Mallory, Doohle, Vipond, Pospiscbill и Weijs, Schiff, Friedberger, Pirguet цитир. по Schlossmann и. S. Meyer — Handbuh d. Kinderkrankheiten Pfaundler u. Schlossman, Bd II; Di Cristina, Caronia, Dick G. и Gl., Dochez цитир! по Златогорову, Ульянову.

Минск в санитарных очерках.

1-ый ОЧЕРК.

Санитарное состояние Минска по данным демографии.

Д-р Б. Е. Левин.

На здоровье населения действуют разные вредные моменты, обусловливающие ту или иную степень его болезненности и смертности. Моменты эти коренятся не только в физических, но и в социальных условиях его существования. С улучшением этих условий понижаются болезненность и смертность населения. Поэтому статистические данные о болезненности и смертности не только характеризуют состояние общественного здоровья, статику его, но служат критерием для оценки сложившихся социальных отношений, необходимости их улучшения, необходимости принятия также ряда мер, направленных на оздоровление внешней среды и условий труда.

Рассмотрим статистические данные города Минска о смертности его населения вообще, о смертности по полу и возрасту, о детской смертности. Для большей иллюстрации тенденций общественного здоровья, данные о смертности дополним данными о рождаемости, естественном приросте, возрастном и профессиональном составе населения. Необходимо оговориться, что приводимые ниже сведения отличаются неполнотой, так как во время немецкой оккупации в 1917 году почти весь статистический архив погиб, а последовавшая польская оккупация и польско-советская война оставили значительный пробел в деле ведения статистических работ по Минску.

Таблица № 1.

Естественное движение населения в Минске.

Годы (за)	Численность насел.			Число родившихся.			Число умерших.			Естест. прирост.
	Муж. п.	Жен. п.	Обоего п.	Муж. п.	Жен. п.	Обоего п.	Муж. п.	Жен. п.	Обоего п.	
1864	—	—	30000	—	—	—	—	—	—	—
1897	46346	44566	90912	—	—	—	—	—	—	—
1900	48809	46586	95395	1777	1538	3315	1032	875	1907	+ 1408
1901	49710	47328	97038	2041	1711	3752	1140	969	2109	+ 1643
1902	50466	47951	98417	1861	1595	3456	1105	972	3077	+ 1379

Годы (за)	Численность насел.			Число родившихся.			Число умерших.			Естест. прирост.
	Муж. п.	Жен. п.	Обоего п.	Муж. п.	Жен. п.	Обоего п.	Муж. п.	Жен. п.	Обоего п.	
1903	51467	48793	100260	2176	1959	4135	1174	1117	2291	+ 1844
1904	52385	49615	102000	2337	2094	4431	1219	1272	2691	+ 1740
1905	53249	50400	103649	2158	1871	4029	1294	1086	2380	+ 1649
1906	54080	51123	105203	2063	1772	3835	1232	1049	2281	+ 1554
1907	45833	50290	96123	2206	1894	4100	1336	1126	2462	+ 1638
1908	46715	51282	97997	2097	2018	4115	1215	1026	2241	+ 1874
1909	47625	52137	99762	2093	1889	3982	1183	1034	2217	+ 1765
1910	48320	52846	101166	2000	1829	3829	1305	1120	2425	+ 1404
1911	43309	53823	103132	2106	1950	4056	1117	973	2090	+ 1966
1912	50213	54736	104949	2187	2067	4254	1283	1154	2437	+ 1817
1913	51085	55588	106673	2140	1996	4136	1268	1144	2412	+ 1724
1916	—	—	—	2062	1893	3955	2039	1770	3809	+ 146
1917	93302	80710	174012	—	—	—	—	—	—	—
1921	48913	54095	103008	—	—	—	—	—	—	—
1922	48476	53899	102375	1492	1371	2863	1929	1567	3496	— 633
1923	54359	56567	110926	2151	1918	4069	984	895	1879	+ 2190
1924	56291	58451	114742	1992	1857	3849	1089	886	1975	+ 1874

Примечание: За 1897, 1917 и 1923 годы численность населения указана, согласно переписям, за остальные годы—на основании естественного прироста.

Население гор. Минска, как видно из таблицы № 1, составляя в 1864 году 30.000 чел., в 1897 г.—90912, за истекшие 25-летие из года в год равномерно нарастало, и на первое января 1925 г. достигло 114.742 чел. По сравнению с переписью 1897 года, перепись 1923 года дает увеличение населения на 20014 чел. т. е. на 22%. Уклонение от равномерного нарастания населения представляет собой 1917 год, но это год военного времени, когда Минск находился в прифронтовой полосе военных действий. Преобладающим полом населения Минска до 1907 года являлся мужской, а с 1907 до сего времени - женский. Так, в 1903 году мужской пол составлял 51,4% всего населения Минска, а женский пол—48,6%; в 1909 году мужской и женский пол составляли соответственно 47,7% и 52.3% всего населения; в 1924 году—49% и 51%. На 100 мужчин в Минске приходилось женщин в 1903 году 94,8, в 1909 году—109,5, в 1924 г.—103,8. Убыль мужского населения в 1924 г. по сравнению с 1909 годом надо об'яснить влиянием войны.

В 1924 году ежедневно рождалось в Минске 10—11 человек, а умирало 5 6 чел. Среди рождающихся мальчики преобладают над девочками. Это преобладание мужских рождений над женскими так наз. половую пропорцию, особенно ясно можно видеть из таблицы, № 2.

Таблица № 2.

Половая пропорция в Минске:

Год.	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1922	1923	1924
	115,5	118,1	116·1	111,0	111,6	113,2	116,4	116 4	103 9	110,7	119,3	108,0	105,8	107,2	108,8	112,1	107,2

В Минске % рождения мальчиков выше, чем в Европейской России. Так, в последней на 100 родившихся девочек приходилось мальчиков в 1897 году 105,3, в 1913 году 102,0, в 1919 году - 106,0. Об'ясняется это национальным составом населения Минска, в котором евреи составляли в 1897 году 51, 19% всего населения, а в 1923 г.—43, 55%. У евреев же по всей России рождаемость мальчиков особенно высока. В 1897 году в России половая пропорция среди православных составляла 104,6 на 100, среди католиков 104,1 на 100, среди магометан—104,7 на 100, а среди евреев—133,1 на 100. Обращаясь к естественному движению населения Минска, прежде всего выясним, как высока рождаемость и смертность в этом городе. Вычислим коэффициенты рождаемости, смертности и естественного прироста в Минске за 1900—1924 годы; данные эти приведены в таблице № 3.

Коэффициенты рождаемости, смертности и прироста населения в Минске.

Таблица № 3.

Годы.	На 1000 жителей приходилось.		
	Родившихся.	Умерших.	Прирост.
1900	35,2	20,2	15,0
1901	39,3	22,1	17,2
1902	35,6	21,4	14,2
1903	42,0	23 2	18,8
1904	44,1	26,7	17.4
1905	39,5	23,3	16,2
1906	37,0	22,0	15,0
1907	38 9	23,4	15,5
1908	42,8	23,3	19,5
1909	40,6	22,6	18,0
1910	38.3	24.3	14,0
1911	40,0	20,6	19,4
1912	41.2	23,6	17,6
1913	39,4	22 9	16,5
1922	27,7	33,9	6,2
1923	39,7	18,3	21,.4
1924	34,1	17,5	166

Мы видим, что как рождаемость, так и смертность в Минске в довоенные годы стояли на довольно большой высоте, при чем они колебались то в сторону повышения, то в сторону понижения. Только в послевоенное время, первым нормальным годом, которого для Минска нужно считать 1923 год, происходит значительное падение рождаемости и смертности, при чем 1924 год показывает еще большее понижение по сравнению с 1923 г. Значительные колебания по Минску показывает естественный прирост, который, очевидно, за истекшее 25-ти летие уже достиг определенного максимума и идет на снижение. Особенно ясно отсутствие плавного понижения рождаемости и смертности в Минске в довоенные годы видно из приводимой ниже таблицы № 4, где коэффициенты нами вычислены по 5-ти летиям.

Коэффициенты рождаемости, смертности и прироста населения в Минске по пятилетиям.

Таблица № 4.

Годы.	На 1000 жителей приходится.		
	Родившихся.	Умерших.	Прирост.
1900—03	38.0	21,7	16.3
1904—08	40,4	23,7	16,7
1909—13	39,9	22,8	17,1

Интересно сравнить эти данные по Минску с таковыми же по Европейской России. приводимыми в таблице № 5.

Коэффициенты рождаемости, смертности и прироста населеиия в Европейской России по пятилетиям. (Яковенко и Новосельский).

Таблица № 5.

Годы.	На 1000 жителей приходится:		
	Родившихся	Умерших.	Прирост.
1900—03	48,6	31,1	17,5
1904—08	46,6	29,6	17,0
1909—13	44,3	28,4	15,9

Рождаемость и смертность в довоенные годы в Европейской России стояли на значительно большей высоте, чем в Минске, но тенденция их в противоположность Минску была на ровное, спокойное понижение.

Как мы указали выше, в послевоенные годы в Минске происходит сильное падение рождаемости и общей смертности, что должно быть в значительной степени приписано сильному падению в Минске за это время детской смертности до 1 года. Обратимся к изучению детской смертности до 1 года. Вопрос о ней тем более интересен, что наиболее полно отражает влияние, которое испытало на себе санитарное состояние населения, вследствие мероприятий, проводимых Советской властью в области охраны материнства и младенчества.

Числа умерших детей в Минске в возрасте 0—1 года.

Таблица № 6.

	1900	1901	1902	1903	1905	1906	1908	1909	1916	1922	1923	1924
Мужч.	360	442	426	462	479	428	410	399	—	224	209	243
Женщ.	339	376	382	428	427	376	330	380	—	222	180	190
Об. пола . . .	699	818	808	890	906	804	740	779	874	446	389	433

Числа детей умерших в Минске до одного года, начиная с 1900 года, приведены в таблице № 6. Как видно из этой таблицы, смертность среди мальчиков в абсолютных числах неизменно выше, чем среди девочек. Вычислим коэффициенты детской смертности в отношении к 100 родившимся; данные эти приведены в таблице № 7.

Коэффициенты детской смертности в Минске до 1 года (в отношении к 100 родившимся).

Таблица № 7.

	1900	1901	1902	1903	1905	1906	1908	1909	1916	1922	1923	1924
На 100 родивш. умерло в возрасте от 0—1 г. . . .	21,0	21,8	23,3	21,5	22,4	20,9	17,9	19,5	22,0	15,5	9,5	11,2

В дореволюционные годы детская смертность в Минске удерживалась почти на одной и той же высоте со слабым падением. В пореволюционные годы детская смертность сильно падает, сравнившись в 1902 году с Германией (15,8 в 1910 году), а в 1923 и 1924 годах сравнившись со скандинавскими странами, где замечается самая низкая смертность из всех стран Европы. Интересно отметить, что в дореволюционные годы детская смертность до 1 года в Минске была значительно ниже, чем в Европейской России, между тем, как общее правило, детская смертность в городском населении выше, чем в сельском. Европейскую же Россию, в которой городское население

составляет только 15,8% всего населения, надо считать по преимуществу сельской. Так, детская смертность до 1 года в отношении к 100 родившимся в Европейской России была (Яковенко).

Годы.	Коэффициенты.
1897—1901	26,1
1902—1906	25,3
1907—1911	24,6

Подвергнув особому рассмотрению детскую смертность, выясним теперь изменения смертности в Минске в отдельных возрастных группах, а также в отношении пола. Чтобы получить более ясную картину, приведем данные за 2 довоенных года: 1903 и 1909 и за 3 последних пореволюционных года: 1921, 1923 и 1924 г.

Таблица № 8.

Числа умерших в Минске за 1903, 1909, 1922, 1923 и 1924 годы.

Год.	Возраст. / Пол.	0—1.	1—5.	5—10.	10—15	15—20.	20—30.	30—40.	40—50.	50—60.	60—70.	70 и больше.	Неизв. возр.	Итого.
1903	Муж. . . .	462	244	49	15	16	70	61	45	58	63	90	1	1174
	Жен. . . .	428	202	50	23	26	44	56	55	62	60	94	17	1117
	Об. пола .	890	446	99	38	42	114	117	100	120	123	184	18	2291
1909	Муж. . . .	399	144	37	16	25	77	73	81	107	91	133	—	1183
	Жен. . . .	380	132	29	20	24	56	49	53	66	85	139	1	1034
	Об. пола .	779	276	66	36	49	133	122	134	173	176	272	1	2217
1922	Муж. . . .	224	192	96	68	88	213	170	224	248	186	139	81	1929
	Жен. . . .	222	186	82	65	71	124	106	159	152	142	198	60	1567
	Об. пола .	446	378	178	133	159	337	276	383	400	328	337	141	3496
1923	Муж. . . .	209	126	29	24	21	107	69	82	94	79	90	54	984
	Жен. . . .	180	108	31	30	31	75	55	66	65	82	137	35	895
	Об. пола .	389	234	60	54	52	182	124	148	159	161	227	89	1879
1924	Муж. . . .	243	149	28	27	30	122	64	90	97	111	85	43	1089
	Жен. . . .	190	106	31	19	27	67	62	63	70	104	126	21	886
	Об. пола .	433	255	59	46	57	189	126	153	167	215	221	64	1975

Примечание: В рубрике „Неизвестный возраст“ за 1903 и 1909 годы поставлены нами соответствующие числа для согласования данных Минского губернского статистического комитета и центрального статистического комитета министерства внутренних дел.

Вычислим, сколько из 1000 умерших в Минске каждого пола и обоих полов вместе падает на разные возрастные группы; данные эти приведены в таблице № 9.

Таблица № 9.

Половой и возрастный состав умерших в Минске.

Год.	Пол \ Возраст.	0—1.	1—5.	5—10.	10—15.	15—20.	20—30.	30—40.	40—50	50—60.	60—70.	70 и более лет	Неизв. возр.
1903	Муж.	393,5	207,0	41,7	12,8	13,6	59,6	52,0	38,3	49,4	53,7	76,7	0,9
	Жен.	383,1	180,8	44,7	20,5	23,2	39,3	50,1	49.2	55,5	53,7	84,1	15,2
	Об. пола . . .	388,4	194.6	43,2	17,4	18,3	49,7	51,2	43,6	52,3	53,6	80,3	7,8
1909	Муж.	337,2	121,7	31,2	13,5	21,1	65,0	61,7	68,4	90,4	76,9	112,4	—
	Жен.	367,5	127,6	28.0	19,3	23.2	54,1	47,3	51,2	63,8	82,2	134,4	0,9
	Об. пола . . .	351,3	124,4	29.7	16,2	22,1	59,9	55.0	60,4	78,0	79,3	122,6	0,4
1922	Муж.	116,1	99,5	49,7	35,2	45,6	110,4	88,1	116,1	128,5	96,4	72,0	41,9
	Жен.	141,6	118,6	52,3	41,4	45,3	79,1	67,6	101,4	97,0	90,6	126,3	38,2
	Об. пола . . .	127,6	108,1	50,9	38,0	45,5	96,4	79,0	109,6	114,4	93,8	96,4	40,3
1923	Муж.	212,3	128.0	29,4	24,3	21,3	108,7	70,1	83,3	95,5	80,2	91,4	54,8
	Жен.	201,3	120,6	34,6	33,5	34,6	83,3	61,4	73,7	72,6	91,6	153,0	39,1
	Об. пола . . .	207,0	124,5	31,9	28,7	27,7	96,9	66,0	78,8	84,6	85,7	120,8	47,4
1924	Муж.	223,1	136.8	25,7	24,8	27,5	112,0	58,8	82,6	89,1	101,9	78,0	39,5
	Жен.	214,4	119,6	35,0	21,4	30,5	75,6	70.0	71,1	79,0	117,4	142,2	23,7
	Об. пола . . .	219,2	129,1	29,9	23,0	28.9	95,7	63,8	77,5	84,6	108,9	111,9	32,4

Наименьшая смертность обоих полов приходится на отроческий возраст 10—15 лет, от которого возрастает в обоих направлениях: к младшим и старшим возрастным группам. Городская жизнь в Минске, повидимому, неодинаково влияет на оба пола; отсюда различные соотношения между мужской и женской смертностью. В рабочем возрасте от 20—60 лет, как в до—, так и в послевоенные годы смертность мужчин значительно выше смертности женщин; в отроческом и юношеском возрасте от 10—15 и от 15—20 лет, также и в старческом от 60 лет и выше, женская смертность выше мужской, как в годы довоенные, так и после войны; в детском возрасте от 0—9 лет смертность колеблется с перевесом в иные годы на стороне мальчиков, а в другие годы на стороне девочек. Необходимо отметить, как война и последовавшие революционные потрясения отразились на смертности различных возрастных групп в Минске. В то время как на рабочий возраст от 20—60 лет в 1903 году из 1000 умерших обоего пола падает 197 чел., в 1909 году—253 чел., мы имеем в послевоенные годы для этой возрастной группы значительно повышенную смертность, достигшую в 1922 году—400 в 1923 г.—327, а в 1924 году—322 чел. Значительно повысилась смертность в послевоенные годы в отроческом и юношеском возрасте от 10 до 20 лет; так в 1903 году на эту возрастную группу падало из 1000 умерших—36 чел., в 1909 году—39 чел., а в послевоенные годы падает: в 1922 году—83 чел, в 1923 году—56, а в 1924 году—52 чел. Смертность старческих возрастов от 60 лет и выше постепенно но неуклонно растет: в 1903 году из 1000 умерших на эту группу падает 134, в 1909 году—202, в 1922 г.—190, в 1923 году—206, а в 1924 году 221 чел. Большие пертурбации испытала смертность детской группы от 0—10 лет, резко снизившись в послевоенные годы: так в то время, как в 1903 году на эту возрастную группу из 1000 умерших обоего пола падало 626, в 1909 году—505, мы имеем в 1922 году—287, в 1923 г.—363, а в 1924 г.—376 чел. Резкое падение смертности в послевоенные годы в возрастной группе от 0—до 10 лет обусловливается, глазным образом, падением детской смертности до одного года, которая с 388 на 1000 умерших в 1903 году спустилась до 207 в 1923 году и 219 в 1924 году.

Вышеуказанные изменения смертности в различных возрастных группах за время до и после войны естественно должны были вызвать и соответственное изменение в возрастном составе населения гор. Минска. К сожалению, мы не располагаем сравнительными данными, а потому ограничимся рассмотрением возрастного состава населения Минска в 1917 г.

Абсолютные числа приведены в таблице № 10.

Таблица № 10

Численность населения в Минске по возрастным группам за 1917 г.

Возр. / Пол.	0—1.	1—9.	10—19.	20 29.	30—39.	40—49.	50—59.	60—69.	70 и выше.	Неопр. в.
Муж.	644	13957	14862	6975	8060	8702	5663	2872	1320	30427
Жен.	590	13834	19167	15347	9865	7448	5120	2852	1476	5011
Об. пола	1234	27791	34029	22142	17925	16150	10783	5724	2796	35438

Вычислим, сколько на 1000 жителей города Минска приходится на разные возрастные группы в 1917 году; данные эти приведены в таблице № 11.

Таблица № 11.

Возрастной состав населения города Минска в 1917 году.

Возраст. / Пол.	0—9	10—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70 и выше.	Неизв возр.
Муж. . . .	84	85	41	46	50	32	16	8	174
Жен. . . .	83	111	88	57	43	29	16	8	29
Обоего пола	167	196	129	103	93	61	32	16	203

Если группу неопределенного возраста, которая, надо полагать, из-за военных причин забыла свой возраст, отнести к группе рабочего возраста 20—60 лет, то возрастной состав в Минске в 1917 году окажется в следующем виде: в Минске этого года относительно преобладает группа рабочего возраста от 20 до 60 лет, составляя на 1000 населения 589 человек; следующее место, и довольно значительное, занимает группа детского и юношеского возраста от 0 до 20 лет, составляя на 1000 населения 363 человека; незначительное место занимает группа старческого возраста от 60 лет и выше, составляя на 1000 населения 48 человек. Таким образом по возрастному составу Минск 1917 года не отличается от других городских местностей, население которых в отличие от сельского, менее богато детскими и старческими возрастами и более богато возрастами рабочими.

Мы здесь рассматривали возрастной состав населения, так как он является в значительной степени производным от смертности населения. Основной-же задачей данного очерка было проследить состояние смертности населения в городе Минске, ее тенденции, и отсюда уже делать вывод, улучшается ли санитарное состояние Минска или нет. Но очерк был бы неполон, если бы мы не рассмотрели профессионального состава населения Минска, так как профессия является важным фактором влияния на здоровье и обусловливает ту или иную степень заболеваемости и смертности населения. Для этого воспользуемся данными, приведенными в статье А В. Кабаева и на основании его 3-ей и 6-й таблиц составим следующую таблицу (№ 12), характеризующую население города Минска по переписи 1923 года по социальному положению и личным занятиям.

К группе самодеятельных отнесены все лица, имеющие самостоятельный заработок или обеспечивающие средства к существованию. Также безработные, потерявшие к моменту переписи свой заработок но ожидающие получения работы. К группе несамодеятельных отнесены лица, вовсе не имеющие своего личного заработка, а находящиеся на иждевении самодеятельных или безработных, являющихся их кормилицами. Первое место по своей численности занимает группа рабочих, состоящая из 9773 человек, что составляет 8,81% всего населения Минска, вместе с несамодеятельными членами своих семейств рабочие составляют 30058 человек или 27,1% всего населения. Второе

Таблица № 12.

Состав населения города Минска по социальному положению и личным занятиям.

Обозначение социального положения.	Самодеятельные. В абсолютных цифрах.	Самодеятельные. В %% к общей численности населения.	Несамодеятельные члены семьи. В абсолютных цифрах.	Несамодеятельные члены семьи. В %% к общей численности населения.	Итого. В абсолютных цифрах.	Итого. В %% к общей численности населения.
Рабочие	9773	8,81	20285	18,29	30058	27,10
Прислуга	2424	2,19	2062	1,86	4486	4,05
Служащие	9636	8,69	15011	13,53	24647	22,22
Военнослужащие	4868	4,39	907	0 82	5775	5,21
Лица свободных профес.	513	0,46	677	0,61	1190	1,07
Хозяева. С наемн. рабочими	343	0,31	1079	0,97	1422	1,28
Хозяева. Одиночки	3093	2,79	9335	8,41	12428	11,20
Хозяева. С членами семьи и товарищ.	452	0,41	1258	1,14	1710	1,55
Помогающ члены семьи	645	0,58	—	—	645	0,58
Иждивенцы учрежд. и обществ.	6233	5,62	2375	2,14	8608	7,76
Прочие лица	2358	2,12	5613	5,06	7971	7,18
Безработные	6737	6,07	5249	4,73	11986	10,80
Итого	47075	42,44	63851	57,67	110926	100,0

место занимают служащие—9636 человек или 8,69% всего населения; вместе со своими семьями служащие составляют 24647 человек или 22,22% всего населения. Третье место занимают хозяева, которые вместе с помогающими членами своих семейств составляют 4533 человека или 4,09% всего населения; вместе с несамодеятельными членами своих семейств группа хозяев составляет 16205 человек или 14,61% всего населения. Далее идут безработные—6737 человек, которые вместе со своими семьями составляют группу в 11986 человек или 10,8% всего населения. Иждивенцы, к которым относятся инвалиды в домах призрения и пенсионеры, больные, арестованные, дети в приютах и детских домах, учащиеся в интернатах и стипендиаты, вместе со своими семействами, составляют 8608 человек или 7,76% всего населения. Прочие лица, как-то: рентьеры, деклассированные группы и лица неопределенных занятий, вместе со своими семьями, составляют 7971 человек или 7,18% всего населения. Группа военнослужащих вместе со своими семьями составляют 5775 человек или 5,21% всего населения. Группа прислуги, состоящая из 2424 человек, вместе с несамодеятельными членами своих семейств, составляют

4,05% всего населения. Остальные 1,07% всего населения составляют лица свободных профессий вместе со своими семьями. Всего самодеятельные вместе с безработными составляли в Минске в 1923 году 42,44% всего населения, а без группы безработных 36,37% всего населения; несамодеятельные составляли 57,56% всего населения. Интересно отметить, что по переписи 1897 года в Минске безработных совсем не было, самодеятельные составляли 46,59% всего населения, а несамодеятельные—53,41%. Таким образом, мы имеем в Минске в 1923 году падение % самодеятельных на 10,22 и повышение численности несамодеятельных на 4,15% всего раселения.

Какие выводы о состоянии здоровья населения Минска мы можем делать на основании данных, приводимых в настоящем очерке? Улучшилось ли санитарное состоянин Минска, т.-е. состояние здоровья этого населения или нет?—На первый взгляд как будто резкое улучшение, если принять во внимание падение коэффициента общей смертности с 23,7 в 1904—1908 году до 17,5 в 1924 году. Но когда мы глубже проанализировали смертность в Минске, то увидели, что как смертность отроческих и юношеских возрастных групп от 10 до 20 лет, так и смертность рабочих и возмужалых групп от 20 до 60 лет, резко повысилась: для первых групп с 36 на 1000 умерших в 1903 г. до 52 в 1924 году, для вторых групп—с 197 в 1903 году до 322 в 1924 году, т.-е. в первых группах смертность увеличилась в 1,4 раза, во-вторых группах в 1,6 раза. Единственно, где произошло резкое повышение здоровья, это в возрастнх группах от 0 до 10 лет, где смертность с 626 на 1000 умерших в 1903 году упала до 376 в 1924 г., т.-е. понизилась в 1,7 раза. В возрастных группах от 0 до 10 лет наиболее всего пала смертность от 0 до 1 года, снизившись с 388 в 1903 году до 219 в 1924 году, т.-е. в 1,8 раза; затем следует возрастная группа от 1 до 5 лет, которая дает снижение с 195 в 1903 году до 129 в 1924 году, снижение в 1,5 раза; последнее место занимает группа от 5 до 10 лет, которая дает снижение с 43 в 1903 году до 30 в 1924 году, т-е снижение в 1,4 раза. Резко увеличившуюся смертность в возрастных группах от 10 до 60 лет мы должны приписать тяжелому экономическому положению которое население Минска переживает после годов войны и революционных потрясений, которые отразились, как мы видели, и на социальном составе населения: появление в 1923 году группы безработных в 6,07% всего населения, какой совсем на было в 1897 году, уменьшение по сравнению с 1897 годом группы самодеятельных на 10,22% всего населения и увеличение группы несамодеятельных на 4,15%. Резкое уменьшение детской смертности позволяет нам делать заключение, что на смену нынешнему изношенному поколению выростает новое, крепкое, жизнеустойчивое. Это новое поколение своим здоровьем обязано главным образом мероприятиям, проводимым в области охраны материнства и младенчества: законодательство, направленное на охрану здоровья беременной и матери, целая сеть консультаций, яслей и детских лечебных учреждений, широко проводимое санитарное просвещение и поднятие общего культурного состояния населения, - все это не могло не отразиться самым благодетельным образом на детской смертности. Оздоровление детских групп населения самое отрадное достижение последних годов и залог будущих материальных и духовных успехов.

Материалы и литература, которыми мы пользовались:

1) Обзоры Минской губернии, изд. Минского Губернского Статистического Комитета, годы 1902—1913, исключая 1905 и 1907 годы.

2) Памятные книжки Минской губернии, изд. Минского Губернского Статистического Комитета на 1902, 1906 и 1908 годы.

3) Движение населения в Европейской России, изд. Центрального Статистического Комитета Министерства внутренних дел. за 1900—1909 годы, исключая 1904 и 1907 г. г.

4) Статья А. В. Кабаева „Краткий обзор городской переписи населения 1923 года на территории доукрупненной БССС“ в „Народном Хозяйстве ССР Белоруссии“ №№ 6—7, 1924 г.

5) Статья В. С. Ярмоловича „Об естественном движении населения в БССР за 1923 год“ в „Народном Хозяйстве ССР Белоруссии“ №№ 6—7, 1924 г.

6) Неопубликованные цифровые данные ЦСУБ за 1916, 1917 1922 и 1924 годы о естественном движении населения.

7) Справочная книга „Вся Белоруссия“ на 1924 год, изд. Белгосиздата.

8) Смертность и продолжительность жизни в России С. А. Новосельского, 1916 г.

9) Медицинская статистика Е. Яковенко, изд. Госиздата.

10) Краткий курс социальной гигиены Хайеса, изд. Госиздата.

Минск в санитарных очерках.

2-ой ОЧЕРК.

Санитарное состояние Минска по данным эпидемической заболеваемости и смертности.

Д-р Б. Е. Левин.

Здоровье населения представляет собой сложный комплекс явлений; на него влияют разные причины, но на ряду с биологическим фактором, на первое место следует выдвинуть приспособляемость человека к данной внешней и социальной среде. При тяжелом социально-бытовом положении населения, когда оно вынуждено заниматься тяжелым изнуряющим трудом, жить скученно и в антигигиенических условиях, плохо питаться и подвергаться разным заботам и лишениям, сопротивляемость организма ослабевает, человек часто становится жертвой той или иной болезни. При более благоприятных условиях заболеваемость и смертность населения увеличивается, при менее благоприятных уменьшается. Наиболее полно это выявляется при заразных заболеваниях: чем больше приспособлен человек к внешней и социальной среде, тем сильнее сопротивляемость организма и выше его иммунитет против заразных болезней, и тем менее данное население страдает от эпидемической заболеваемости и смертности. Поэтому хотя эпидемическая смертность и заболеваемость могут сами по себе занимать и не особенно значительное место в причинах смерти населения и его общей заболеваемости, однако, они лучше всего характеризуют санитарное состояние, т. е. степень здоровья населения и тендецию его дальнейшего развития.

Рассмотрим эпидемическую заболеваемость и смертность в городе Минске.

Ниже в таблице № 1 приведено число случаев эпидемических заболеваний в Минске за период времени, охватывающий довоенные и послереволюционные годы.

Материалы за военные и революционные годы частью погибли во время оккупации, частью вовсе никем не собирались. Цифры заболеваемости в таблице № 1 даны по десяти главнейшим инфекциям;

Из таблицы № 1 видно, что эпидемическая заболеваемость, составляя в 1902 году—2674 случая, после колебаний то в сторону повышения, то в сторону понижения, достигает в 1913 году—5433 случаев; таким образом, за последнее десятилетие до европейской войны мы имеем в общем абсолютный рост эпидемической заболеваемости. Пореволюционные годы, дав в 1921—1922 году громадный под'ем эпидемической заболеваемости, в следующих 1923 и 1924 годах дают чрезвычайно низкую заболеваемость, достигающую 1274 и 1868 случаев. Под'ем заболеваемости в 1921—1922 годах произошел за счет увеличения, главным образом, заболеваемости паразитарными тифами и об'ясняется теми социально-бытовыми условиями, в которых жил тогда Минск: наплыв беженских масс, голод, ослабление

Таблица № 1.

Абсолютная эпидемическая заболеваемость в Минске за 1902—1924 г.

Годы.	Оспа.	Скарлатина.	Дифтерия.	Корь.	Коклюш.	Сыпной тиф.	Возврат тиф.	Брюш. тиф.	Дизентерия.	Малярия	Всего.
1902	57	134	118	179	441	77	—	461	53	1154	2674
1903	59	806	215	403	336	83	2	738	1048	696	4386
1904	106	270	31	195	32	25	—	159	92	731	1641
1906	231	1374	425	1201	842	264	7	741	563	76	5724
1908	111	438	430	699	882	146	41	414	331	754	4246
1909	89	111	77	81	8	257	111	110	9	14	867
1910	154	2162	380	710	559	514	182	462	190	53	5366
1911	132	1771	290	1384	318	200	37	832	218	635	5817
1912	80	689	330	1038	908	308	154	591	423	243	4764
1913	210	1484	458	1167	540	263	6	717	286	302	5433
1921	123	221	?	116	?	2284	5932	273	578	92	9049
1922	69	56	?	?	?	2103	3780	34	373	?	6415
1923	42	129	30	77	106	107	371	116	102	194	1274
1924	9	493	52	526	163	136	52	131	76	230	1868

организма, скученность и т. п. 1923 и 1924 годы являются первыми нормальными годами пореволюционного времени, а они то дают эпидемическую заболеваемость абсолютно более низкую, чем довоенные годы.

Для получения более ясной картины движения эпидемических заболеваний за довоенные и пореволюционные годы, вычислим эпидемическую заболеваемость по отдельным годам на 10.000 чел. населения. Данные эти приведены в таблице № 2.

Из таблицы № 2 мы видим, что общая эпидемичность в Минске с 324 заболеваний на 10.000 чел. населения в 1902 г. поднялась до 462,4 заболеваний в 1912 г. и до 517,5 в 1913 г.: в довоенные годы не только абсолютно, но и относительно, хоть с известными колебаниями, росла общая эпидемичность в Минске. В пореволюционные годы общая эпидемичность, скакнув вверх в 1921 и 1922 г. г., в нормальные послевоенные годы низко опускается, оставив в 1923 г. 114,1 заболеваний на 10.000 чел. населения, а в 1924 г.—168,3 заболевания; таким образом, в пореволюционные годы общая эпидемичность Минска значительно понизилась по сравнению с довоенным временем, хотя сама по себе обнаруживает тенденцию к дальнейшему росту. Что же касается отдельных инфекций, то как показывает таблица № 2, рост их неодинаков за последнее 25-летие. Оспа, дав в 1902 году 5,8 заболеваний на 10.000 населения, постепенно подымается—до 22,3 заболеваний в 1906 году, в следующие годы падает—до 9,1 заболеваний в 1909 году, затем постепенно снова возрастает до 20,0 заболеваний в 1913 году. Оспа, таким образом, в довоенные годы в Минске обнаруживает циклический характер развития, дости-

Таблица № 2.

Относительная (на 10.000 жителей) эпидемическая заболеваемость в Минске за 1902—1924 г. г.

Годы.	Оспа.	Скарлатина.	Дифтирия.	Корь.	Коклюш.	Сыпной тиф.	Возвр. тиф.	Брюшной тиф.	Дизентерия.	Малярия.	Общая эпидемичность.
1902	5,8	13,8	12,1	18,2	45,4	7,9	—	47,5	54,6	118,7	324,0
1903	5.9	81,9	21.8	40,9	34,1	8,4	0,2	74,9	106,5	70,7	445,3
1904	10,6	26.9	30,9	19,4	3,2	2,5	—	15,8	9,2	72,9	191,4
1906	22,3	132,6	41,0	115,9	81,1	25,5	0,7	71,5	54,3	7,3	552,3
1908	11,5	45,6	44,7	72,7	91,7	15,2	4,3	43,1	34,4	78,4	441,6
1909	9,1	11,3	7,8	8,3	0,8	26,2	11,3	11,2	0,9	1,4	88,3
1910	15.4	216,7	38,1	71,1	56,0	51,5	18,2	46,3	19,0	5,3	537,6
1911	13,0	175,0	28,7	136,8	31,4	19,8	3,6	82,2	21,5	62,8	574,8
1912	7,7	66,8	32,6	100,6	88,0	29,9	14,9	57,3	41,0	23,6	462,4
1913	20,0	141,4	43,6	111,2	51,4	25,0	0,6	68,3	27,2	28,8	517.5
1922	6,7	5,4	?	?	?	204,1	366,9	3,3	36,2	?	622,6
1923	4,1	12,6	2,9	7,5	10,3	10,4	36,2	11,3	9,9	18,9	114,1
1924	0,8	44,4	4.7	47,4	14,7	12,3	4,7	11,8	6,8	20,7	168,3

гая максимума приблизительно через каждые 7 лет. Максимум заболеваний оспой в довоенные годы составлял 22,3 случая на 10.000 чел. населения, а минимум—5,8 случаев. В пореволюционные годы заболеваемость оспой сильно падает и достигает в 1924 году небывало низкой в Минске цифры в 0,8 заболеваний на 10.000 чел. населения. Детские инфекции—скарлатина, дифтерия, корь и коклюш—в довоенные годы дают картину нарастающей, с известными колебаниями, заболеваемости. Так, заболеваемость скарлатиной составляет в 1902 году 13,8 случаев на 10.000 чел. населения, а в 1913 году—141,4 случая; заболеваемость дифтерией—12,1 заболеваний в 1902 году и 43,6 заболеваний в 1913 году; заболеваемость корью—18,2 заболеваний в 1902 году и 111,2 заболеваний в 1913 году; заболеваемость коклюшем—45,4 заболеваний в 1902 году и 51,4 заболеваний в 1913 году. В пореволюционные годы заболеваемость детскими инфекциями по сравнению с довоенным временем сильно падает, достигнув в 1923 и 1924 году—скарлатина: 12,6 и 44,4 заболеваний на 10.000 чел. населения, дифтерия: 2,9 и 4,7 заболеваний корь: 7,5 и 47,4 заболеваний, коклюш: 10,3 и 14,7 заболеваний. Из паразитарных тифов сыпной тиф, составляя в 1902 году—7,9 заболеваний на 10.000 чел. населения, в 1906 году подымается до 25,5 заболеваний и, с некоторыми колебаниями в сторону повышения или понижения, достигает в 1913 году—25 заболеваний; сыпной тиф, повидимому, в последние годы довоенного времени достиг определенной численной высоты и не обнаруживал склонности к дальнейшему падению. В пореволюционные годы сыпной тиф, после скачка в 1922 году до 204,1 заболеваний, в следующем 1923 г. и 1924 году падает до 10,4 и 12,3 заболе-

ваний на 10.000 чел. населения, сильно снизившись по сравнению с довоенным временем. Возвратный тиф в 1902—1906 г. мало был распространен в Минске; с 1908 года начинается его рост, достигающий в 1912 году—14,9 заболеваний на 10.000 чел. населения; в 1913 году заболеваемость возвратным тифом снова падает и достигает 0,6 заболеваний. В пореволюционные годы возвратный тиф, испытав под'ем в 1922 году до 366,9 заболеваний на 10.000 чел. населения, в последующие годы падает до 36,2 заболевания в 1923 году и 4,7 заболеваний в 1924 году. Из кишечных заболеваний брюшной тиф в довоенные годы обнаруживал тенденцию к наростанию, составляя в 1902 году 47,5 заболеваний, а в 1913 году после некоторых колебаний, то в сторону повышения, то в сторону понижения, достигнув высоты в 68,3 заболеваний на 10.000 чел. населения. Пореволюционные годы в сравнении с довоенными, дают сильное понижение заболеваемости брюшным тифом: 11,8 заболеваний на 10.000 чел. населения в 1924 году. Заболеваемость другой кишечной болезнью—дизентерией,—составив в 1902 году 54,6 случаев на 10.000 чел. населения, в последующие годы, с известными колебаниями в сторону повышения и понижения, падает, достигнув в 1913 году—27,2 случая. В пореволюционные годы, после под'ема в 1922 году, заболеваемость дизентерией снова падает и достигает 9,9 случаев в 1923 году и 6,8 случаев в 1924 г. Малярия в Минске, дав в 1902 году заболеваемость в 118,7 случаев, в последующие годы, с известными колебаниями, снижается и дает в 1912 году—23,6 заболеваний, в 1923 году—18,9, а в 1924 году—20,7; повидимому заболеваемость малярией в Минске с 1912 года достигла определенной высоты.

Итак, за последние годы в Минске, эпидемическая заболеваемость как в целом, так и по отдельным инфекциям, сильно пала, если сравнить ее с довоенным временем. Выясним степень этого снижения. Для этого вычислим среднюю эпидемическую заболеваемость в Минске за пятилетие: 1908—1912 год и сравним с эпидемической заболеваемостью в Минске за 1914 год. Данные эти приведены в таблице № 3.

Таблица № 3.

Относительная (на 10,000 жит.), эпидемическая заболеваемость в Минске за пятилетие: 1908, 1912 год и за 1924 год.

	Оспа	Скарлатина	Дифтерия	Корь	Коклюш	Сыпной тиф	Возвр. тиф	Брюшн. тиф	Дизентерия	Малярия	Общая эпидемичность
Среднее годовое за 1908—1912	11,3	103,1	30,4	77,9	53,6	28,5	10,4	43,0	23,3	34,3	420,8
1924	0,8	44,4	4,7	47,4	14,7	12,3	4,7	11,8	6,8	20,7	168,3

Из таблицы № 3 мы видим, что общая эпидемическая заболеваемость в Минске в 1924 году по сравнению с довоенным временем снизилась в 2,5 раза: с 420,8 до 168,3 заболевания. Заболеваемость оспой уменьшилась в 14 раз: от 11,3 заболеваний до 0,8. Детские инфекционные болезни — скарлатина, дифтерия, корь и коклюш—снизились в 2,4 раза: с 265 забол. до 111,2, а заболеваемость одной только скарлатиной и дифтерией еще больше снизилась, а именно: в 3,2 раза упав с 133,5 забол. до 42,1. Заболеваемость паразитарными тифами —

сыпным и возвратным—уменьшилась в 2,3 раза: от 38,9 забол. до 17,0, при чем оба тифа одинаково снизились. Заболеваемость кишечными болезнями—брюшным тифом и дизентерией—уменьшилась в 3,8 раза; от 71,3 заболеваний до 18,6, при чем заболеваемость одним только брюшным тифом снизилась в 4 раза. Заболеваемость малярией уменьшилась в 1,6 раза: от 34,3 заболеваний до 20,7.

Падение эпидемической заболеваемости в дореволюционное годы отмечается не в одном только Минске: оно имеет место и во всем Советском Союзе. Но темп этого падения неодинаков. Для выяснения этого сравним данные об эпидемической заболеваемости за довоенный 1913 год и пореволюционные 1923 и 1924 годы в Минске и в Советском Союзе. Данные эти приведены в таблице № 4, при чем сведения об эпидемической заболеваемости в Советском Союзе взяты у И. А. Добрейцера.

Таблица № 4

Относительная (на 10,000 жит.) эпидемическая заболеваемость в Минске и СССР за 1913, 23, 24 год.

Годы	Оспа		Детск. инфекции		В том числе скарл. и дифтерия		Паразитарные тифы		Кишечные заболевания (брюшной тиф и дизентер)		В том числе брюшн. тиф		Общая эпидемичность (без маляр.)	
	Минск	Союз	Минск	Союз	Минск	Союз	Минск	Союз	Минск	Союз	Минск	Союз	Минск	Союз
1913	20,0	4,1	347,6	121,7	185,0	59,7	25,6	9,3	95,5	56,2	68,3	25,7	488,7	191,3
1923	4,1	3,6	33,3	40,7	15,5	12,7	46,6	37,0	21,2	28,5	11,3	10,6	95,2	109,8
1924	0,8	2,1	111,2	58,4	49,1	20,0	17,0	13,2	18,6	37,6	11,8	12,4	147,6	111,3

Необходимо здесь отметить, что ввиду громадного преобладания в союзе Сельского населения над городским, заболеваемость в Союзе надо рассматривать, как преимущественно сельскую; поэтому сравнение Минской эпидемической заболеваемости с общесоюзной дает, в сущности говоря, сравнение темпа роста городской и сельской эпидемической заболеваемости.

Как видно из таблицы № 4 общая эпидемическая заболеваемость без малярии в Минске снизилась с 488,7 заболеваний на 10.000 чел. населения в 1913 г. до 95,2 заболеваний в 1923 году и 147,6 заболеваний в 1924 г., т. е. в Минске общая эпидемичность без малярии пала в 1923 году в 5,1 раза. а в 1921 г.—в 3,3 раза. По Союзу общая эпидемичность без малярии пала в 1923 г. и в 1924 г. в 1,7 раза: 109,8 и 111,3 заболеваний на 10.000 чел. населения вместо 191,3 заболеваний в 1913 году. Заболеваемость оспой в Минске пала в 4,8 раза и в 25 раз: вместо 20 заболеваний на 10 000 чел. населения в 1913 году 4,1 заболеваний в 1923 году и 0,8 в 1924 году; по Союзу заболеваемость оспой пала в 1,1 раза и 1,9 раза: вместо 4,1 заболеваний в 1913 г.—3,6 заболеваний в 1923 г. и 2,1 в 1924 г. Детские инфекции снизились в Минске в 10,4 раза и в 3,1 раза: с 347,6 заболеваний в 1913 году до 33,3 в 1923 г. и 111,2 в 1924 г.; по Союзу заболеваемость детскими инфекциями пала в 3 раза и 2 раза: с 121,7 забол. в 1913 г. до 40,7 в 1923 г. и 58,4 в 1924 г Заболевае-

мость одной только скарлатиной и дифтерией в Минске пала в 12 раз и в 3,7 раза: вместо 185 забол. в 1913 г.—15,5 забол. в 1923 г. и 49,1 в 1924 г.; по Союзу заболеваемость скарлатиной и дифтерией пала в 4,7 раза и в 3 раза: с 59,7 забол. в 1913 г. до 12,7 в 1923 г. и до 20 в 1924 г. Заболеваемость паразитарными тифами в Минске увеличилась в 1,8 раза в 1923 г. и снизилась в 1,5 раза в 1924 г.: вместо 25,6 забол. в 1913 г.—46,6 забол. в 1923 г. и 17 в 1924 г.; по Союзу заболеваемость паразитарными тифами увеличилась в 4 раза в 1923 г. и в 1,4 раза в 1924 г.: с 9,3 заболеваний в 1913 г. до 37 в 1923 г. и 13,2 в 1924 г. Заболеваемость кишечными болезнями в Минске снизилась в 4,5 и в 5 раз: с 95,5 забол. в 1913 г. до 21,2 забол. в 1923 г. и 18,6 в 1924 г.; по Союзу заболеваемость кишечными болезнями пала в 2 раза и 1,5 раз: с 56,2 забол. в 1913 г. до 28,5 в 1923 г. и 37,6 в 1924 г. Заболеваемость одним только брюшным тифом в Минске снизилась в 6 раз в 1923 г. и в 5,8 раза в 1924 г.: с 68,3 заболеваний в 1913 г. до 11,3 в 1923 г. и 11,8 в 1924 г; по Союзу заболеваемость брюшным тифом пала в 2,4 и в 2 раза: с 25,7 заболеваний в 1913 г. до 10,6 в 1923 г. и 12,4 в 1924 г.

Таким образом, из таблицы № 4 видно, что в Минске как общая эпидемическая заболеваемость, так и заболеваемость по отдельным инфекциям, в пореволюционное время падала более усиленным темпом, чем по Союзу. Обращает на себя внимание, что падение заболеваемости по некоторым инфекциям в Минске настолько было стремительнее, чем по Союзу, что получилось обратное отношение в величине заболеваемости между Минском и Союзом. Так, по количеству заболеваний оспой на 10.000 чел. населения в 1913 г. Минск превосходил Союз—20,0 и 4,1 заболеваний, а в 1924 г. получается обратное отношение: в Минске меньше, чем по Союзу—0,8 и 2,1 заболеваний; по количеству заболеваний кишечными болезнями—брюшным тифом и дизентерией—на 10.000 чел. населения Минск превосходил в 1913 г. Союз—95,5 и 56,2 заболеваний, а в 1924 г. имеем обратное отношение: в Минске меньше, чем по Союзу—18,6 и 37,6 заболеваний; точно также по заболеваемости одним только брюшным тифом в 1913 г. в Минске было больше заболеваний, чем в Союзе—68,3 и 25,7 заболеваний на 10.000 чел. населения, а в 1924 г. наоборот: в Минске меньше заболеваний, чем по Союзу—11,8 и 12,4 заболевания.

Таблица № 4 позволяет нам сделать еще одно заключение. В пореволюционные годы вследствие более стремительного падения количества заболеваний в Минске, чем в Союзе, произошло значительное выравнение между количеством эпидемических заболеваний в Минске и в Союзе. Так, общая эпидемичность (без малярии), вместо 488,7 заболеваний в Минске и 191,3 заболевания по Союзу в 1913 г., в 1924 г. дает цифры в 147,6 и 111,3 заболевания; по заболеваемости оспой отношение между количеством заболеваний в Минске и по Союзу в 1913 г. было 20,0 к 4,1, а в 1924 году—0,8 к 2,1; точно также по заболеваемости детскими инфекциями в 1913 г. отношение было 347,6 к 121,7, а в 1924 г.—111,2 к 58,4.

Как мы выше указали, цифры о союзной эпидемической заболеваемости изображают преимущественно сельскую заболеваемость, а потому ясное представление о большем или меньшем благополучии Минска по эпидемической заболеваемости даст только сравнение гор. Минска с другими городскими местностями. Ниже в таблице № 5 приведены данные об эпидемической заболеваемости за 1924 г. в Минске и в губернских городах Союза; данные о губернских городах взяты у И. А. Добрейцера.

Таблица № 5

Относительная (на 10.000 жит. эпидемическая заболеваемость в Минске и по губернским городам Союза за 1924 г

	Оспа.	Скарл.	Корь.	Сыпн. тиф.	Возв. тиф.	Брюшн. тиф.
Минск	0.8	44,4	47,4	12,3	4,7	11,8
Губерн. гор.	1,6	53,0	82,0	7,6	6,2	15,8

В таблице № 5 данные приведены по 6-ти инфекциям. Эти данные показывают, что по заболеваемости оспой, скарлатиной, корью и брюшным тифом Минск находился в 1924 г. в более благоприятном положении, чем другие губернские города Союза. Для Минска цифры по этим инфекциям более низкие, чем для других губернских городов Союза. Только по заболеваемости паразитарными тифами Минск превосходит другие губернские города: 17 заболеваний на 10.000 чел. населения в Минске и 13,8 заболеваний в среднем в других губернских городах.

Выяснив эпидемическую заболеваемость в Минске за последнее 25-ти летие и охарактеризовав ее состояние и наметившиеся тенденции, перейдем к рассмотрению помесячного распределения за последние годы эпидемических заболеваний Данные эти приведены в таблице № 6.

Из таблицы № 6 видно, что эпидемические заболевания в Минске обнаруживают помесячные колебания с преобладанием определенного времени года. Так, оспа имеет 2 под‘ема: весной—в апреле или мае месяце, и зимой, значительно меньший под‘ем в декабре месяце; в остальные месяцы заболеваемость оспой происходит более или менее равномерно. Скарлатина в Минске меньше всего развита в весенние—летние месяцы: апрель—август; с сентября начинается ее рост, и скарлатина держится на значительной высоте в осенне-—зимний период: октябрь—февраль; минимум заболеваний скарлатиной обычно приходится на апрель, максимум на октябрь. Заболеваемость дифтерией в Минске за последние годы обнаруживает незначительные колебания по месяцам, с некоторым, однако, слабо выраженным преобладанием заболеваемости в осенние месяцы—октябрь, ноябрь. Заболеваемость корью в Минске слабее всего имеет место весной и летом; рост коревой заболеваемости начинается осенью с сентября месяца и продолжается до февраля. Рост заболеваемости паразитарными тифами начинается обычно в Минске в ноябре месяце; максимум бывает зимой в феврале или марте, затем постепенно число заболеваний снижается до мая месяца, после чего вплоть до ноября устанавливается почти одинаковый минимум. Рост заболеваемости брюшным тифом начинается с июля м-ца; максимум заболеваний падает на осенние месяцы: сентябрь—ноябрь, после которых число заболеваний уменьшается и достигает минимума в июне месяце. Наибольшее число заболеваний дизентерией падает на летние месяцы: июль—август; осенью происходит снижение заболеваемости; зимне-весенний период имеет самую низкую заболеваемость.

Движение и эпидемиологические особенности различных заразных заболеваний еще ярче обрисуется, если выясним, каков был исход

Таблица № 6.

Абсолютное движение эпидемической заболеваемости в Минске по месяцам за 1921—1924 год.

		Январь.	Февраль.	Март.	Апрель.	Май.	Июнь.	Июль.	Август.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	Всего.
Оспа.	1921	5	8	22	29	9	9	4	5	4	2	4	16	117
	1922	9	6	4	8	19	6	1	4	1	4	1	6	69
	1923	9	3	4	5	1	1	2	5	5	1	1	5	42
	1924	—	—	2	1	1	—	—	—	1	—	—	5	10
Скарлат.	1921	23	10	8	9	11	9	19	15	27	41	29	18	219
	1922	9	—	5	1	3	2	5	3	11	13	—	4	56
	1923	7	5	8	7	7	8	1	6	11	26	22	16	124
	1924	9	18	8	8	13	14	30	46	73	78	75	110	482
Дифтерия.	1923	1	2	2	1	2	2	1	3	2	5	6	3	30
	1924	5	6	—	4	1	7	9	2	3	8	8	5	58
Корь.	1923	—	—	—	—	—	—	4	6	17	19	5	26	77
	1924	30	3	5	3	—	2	1	13	15	51	141	262	526
Сыпн. тиф.	1921	284	272	435	402	217	91	65	73	56	63	126	200	2284
	1922	359	404	374	300	250	206	92	39	16	14	23	26	2103
	1923	24	14	12	12	6	4	—	—	4	7	13	11	107
	1924	11	19	22	19	17	7	2	3	4	1	—	31	136
Возвр. тиф.	1921	591	719	939	550	405	265	222	208	207	532	626	568	5932
	1922	630	588	449	345	387	333	370	154	164	146	120	92	3780
	1923	139	100	37	11	5	3	3	3	3	20	30	17	371
	1924	8	21	14	—	1	—	6	1	—	1	—	—	52
Брюшн. тиф.	1921	22	14	18	11	13	15	32	18	33	60	28	12	276
	1922	12	10	—	3	3	—	2	—	2	—	1	1	34
	1923	—	—	2	1	2	—	4	10	28	37	27	5	116
	1924	2	3	5	4	13	3	8	13	29	13	18	20	131
Дизентерия.	1921	11	5	17	9	5	67	120	111	138	46	40	9	578
	1922	8	41	35	26	34	23	111	71	11	8	5	—	373
	1923	—	2	1	—	—	2	5	41	32	15	4	—	102
	1924	1	1	1	—	—	—	13	37	11	7	3	2	76

Таблица № 7.

Абсолютная эпидемическая смертность и % смертности в Минске за 1902—1924 год.

		1902	1903	1904	1906	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1922	1923	1924
Оспа.	Число заболевших	57	59	106	231	111	89	154	132	80	210	69	42	9
	Число умерших	2	5	14	8	11	7	4	15	—	—	24	6	—
	% смертности	3,5	8,5	14,2	3,4	9,9	7,8	2,6	11,3	—	—	34,8	14,3	—
Скарлатина	Число забол.	134	806	270	1374	438	111	2162	1771	689	1484	56	129	493
	„ умерш.	18	224	177	68	10	11	95	33	7	26	39	33	50
	% смертн.	13,4	27,8	65,5	4,9	2,3	9,9	4,4	1,8	1,0	1,7	69,6	25,6	10,1
Дифтерия	Число забол.	118	215	31	425	430	77	380	290	330	458	?	30	52
	„ умерш.	23	19	29	16	10	4	6	3	9	17	9	12	9
	% смертн.	19,4	8,8	93,5	3,8	2,3	5,2	1,6	1,0	2,7	3,7	?	40,0	17,3
Корь	Число забол.	179	403	195	1201	699	81	710	1384	1038	1167	?	77	526
	„ умерш.	2	7	23	3	—	2	—	1	5	6	24	14	7
	% смертн.	1,1	1,7	11,8	0,2	—	2,5	—	0,1	0,4	0,5	?	18,1	1,3
Коклюш	Число забол.	441	336	32	842	882	8	559	318	908	540	?	106	163
	„ умерш.	13	5	29	5	—	—	—	—	11	3	7	5	3
	% смертн.	2,9	1,5	90,6	0,6	—	—	—	—	1,2	0,5	?	4,7	1,8
Сыпной тиф	Число забол.	77	83	25	264	146	257	514	200	308	263	2103	107	136
	„ умерш.	4	5	5	5	10	11	8	12	—	11	388	11	3
	% смертн.	5,2	6,0	20,0	1,9	6,8	4,3	1,5	6,0	—	4,2	18.4	10,3	2 2
Возврат. тиф	Число забол.	—	2	—	7	41	111	182	37	154	6	3780	371	52
	„ умерш.	—	—	—	—	2	6	1	—	2	4	307	15	1
	% смертн.	—	—	—	—	4,8	5,4	0,5	—	1,3	66,6	8,1	4.0	1,9
Брюшной тиф	Число забол.	461	738	159	741	414	110	462	832	591	717	34	116	131
	„ умерш.	25	54	12	18	6	5	13	19	—	28	15	6	8
	% смертн.	5,4	7,3	7,5	2,4	1,4	4,5	2,8	2,3	—	3,9	44,1	5,2	6.1
Дизентерия	Число забол	53	1048	92	563	331	9	190	218	423	286	373	102	76
	„ умерш.	3	35	25	25	1	—	1	—	—	—	64	11	11
	% смертн.	5,6	3,3	26,0	4,4	0,3	—	0,5	—	—	—	17,1	10,8	14,5

Примечание: по малярии за все годы только в одном 1922 году было 4 смертных случая.

этих болезней за разные годы. Следует здесь указать, что смертельный исход болезней, с одной стороны, как сама заболеваемость, является производным от приспособленности организма к внешней и социальной среде; с другой стороны, частота смерти зависит от способов ухода за больными и методов лечения, так что движение заболеваемости и смертности происходит не параллельно. Выше в таблице № 7 приведены числа умерших от 10 главнейших инфекций и указан % смертности от них за 1902—1924 год.

Из таблицы № 7 видно, что эпидемические заболевания давали особенно большой % смертности в 1904 и 1922 г., когда Минск находился в особенно тяжелых экономических условиях: 1904 год—год русско-японской войны, вызвавший в Минске торгово-промышленный кризис; 1922 год—год голода и беженской стихии. В эти наиболее тяжелые годы смертность от эпидемических болезней была исключительно большой. % смертности от оспы составлял в 1904 году—13,2, в 1922 году—34,8. Скарлатина дала смертность в 65,5% в 1904 году и 69,6% в 1922 г., дифтерия дала смертность в 93,5% в 1904 г.; корь—в 11,8% в 1904 году; коклюш—в 90,6% в 1904 году; сыпной тиф дал смертность в 20,0% в 1904 году и 18,4% в 1922 г.; брюшной тиф—7,5% и 44,1%; дизентерия—26% и 17,1%. В остальные годы эпидемические заболевания в Минске отличались легкой формой, судя по той невысокой смертности, которую они давали за эти годы, Необходимо отметить, что эпидемические заболевания в первые годы довоенного десятилетия давали больший % смертности, чем в последующие годы этого десятилетия. В пореволюционные годы смертность от одних заболеваний стоит на высоте второй половины довоенного десятилетия, а от других заболеваний—на высоте первой половины довоенного десятилетия; но и во втором случае замечается тенденция к снижению, судя по тому, что в 1924 году % смертности был во много раз ниже, чем в 1923 г Смертность от оспы в довоенные годы колеблется от 11,3% до 0, в 1924 году она составляет 0. Смертность от скарлатины в довоенные годы, начиная с 1906 года, колебалась от 9,9% до 1,0%; в 1924 г. она составляет 10,1%. Смертность от дифтерий в 1906—1913 г. колебалась от 5,2% до 1%; в 1924 г. она составляет 17,3%. Смертность от кори в довоенные годы колебалась от 2,5% до 0; в 1924 г. она составляет 1,3%. Смертность от коклюша в довоенные годы колебалась от 2,9% до 0; в 1924 г. она составляет 1,8%. Смертность от сыпного тифа в довоенные годы колебалась от 6,8% до 0; в 1924 г. она составляет 2,2%. Смертность от возвратного тифа колеблется от 4,8% до 0; в 1924 г. она составляет 1,9%. Брюшной тиф в довоенные годы давал смертность от 7,3% до 0; в 1924 г. дает 6,1%. Дизентерия в довоенные годы давала смертность в 5,6%; в 1924 году она дает 14,5%.

В среднем в год эпидемические заболевания в Минске во вторую половину довоенного десятилетия давали следующий % смертности:

Таблица № 8.

Средний годовой % смертности от эпидемических заболеваний в Минске за 1918—1912 г.

Оспа.	Скарлатина.	Дифтерия.	Корь.	Коклюш.	Сыпн. тиф.	Возвр. тиф.	Брюшн. тиф.	Дизентерия.
6,5	3,0	2,1	0,2	0,4	2,9	2 1	1,8	0.2

По невысокому % смертности от эпидемических заболеваний, заключаем, что в Минске они протекали в довольно легкой форме. Этим об'ясняется и то незначительное место, которое эпидемическая смертность занимала в общей смертности населения. Сказанное поясняет таблица № 9:

Таблица № 9.

Процентное отношение эпидемической смертности к общей смертности в Минске за 1908—~~1912~~ г. 1924

	°/o сметрности от оспы к общей смертности.	°/o смертности от скарлатины, дифтерии кори и коклюш. к общ. смертн	°/o смертн. от параз. тифов к общ. смертн.	°/o смертн. от брюшного тифа и дизент. к общ. смертн.	Итого.
1908—1912	0,3	1,8	0,5	0,4	3,0
1913	—	2,1	0,6	1,2	3,9
1922	0,7	2,2	19,8	2,2	24,9
1923	0,3	3,4	1,4	0,9	6,0
1924	—	3,7	0,2	1,0	4,9

Из таблицы № 9 видим, что эпидемическая смертность в довоенные годы составляла всего 3°/o общей смертности населения Минска, а в 1924 г.— 4,9°/o.

Интересно отметить, что хотя в довоенное время средняя годовая эпидемическая заболеваемость была в России ниже чем в Минске, однако смертность, наоборот, стояла ниже в Минске, а не в России. Так, в России (по Новосельскому) на каждые 10.000 ч. населения умирало в среднем ежегодно от эпидемических заболеваний в 1905—1906 г.:

Оспа.	Скарл.	Дифт.	Корь.	Кокл.	Тифы.	Всего.
5,1	13,5	6,4	10.6	8.1	9,1	52.8

В Минске коэффициэнт эпидемической смертности на 10.000 чел. населения был гораздо ниже, как это видно из приводимой ниже таблицы № 10.

Таблица № 10.

Относительная (на 10.000 ч.) эпидемическая смертность в Минске за 1902—1924 г

	Оспа.	Скарлат.	Дифт.	Корь.	Коклюш.	Сыпн. тиф.	Возвр. тиф.	Брюшной тиф.	Общая эпидем. смерт.
1902	0,2	1,8	2,3	0,2	1,3	0.4	—	2,6	8,8
1903	0,5	22,7	1,9	0,7	0,5	0,5	—	5,5	32.3
1904	1,4	17.6	2,9	2.3	2,9	0 5	—	1,2	28.8
1906	0,8	6,5	1.5	0,3	0.5	0.5	—	1,7	11,8
1908	1,1	1,0	1 0	—	—	1,0	0,2	0.6	4,9
1909	0,7	1,1	0,4	0,2		1,1	0,6	0,5	4,6
1910	0,4	9,5	0,6	—	—	0,8	0,1	1,9	13,3
1911	1,5	3,2	0 3	0,1	—	1.2	—	1.9	8,2
1912	—	0,7	0,9	0,5	1,0	—	0,2	—	3.3
1913	—	2 5	1,6	0,6	0,3	1,0	0.4	2,7	9,1
1922	2,3	3,8	0.9	2,3	0,7	37 6	29,8	1,4	78,8
1923	0,6	3,2	1.2	1,3	0.5	1,1	1,4	0.6	9 9
1924	—	4,5	0,8	0,6	0,3	0,3	0,1	0,7	7,3

Эпидемическая смертность в Минске за первую половину довоенного десятилетия колебалась в пределах от 32,3 до 8,8 чел. на 10.000 чел. населения; во вторую половину она колебалась от, 13,3 до 3,3 чел. В 1924 г. эпидемическая смертность в Минске составляет 7,3 чел. на 10.000 чел. населения.

Итак, мы подробно исследовали течение и тенденции движения эпидемической заболеваемости в Минске за довоенные и послереволюционные годы. Повторим вкратце то, что нами было высказано на протяжении данного очерка.

I. В довоенные годы в Минске происходил абсолютный относительный рост как общей эпидемической заболеваемости, так и отдельных инфекций; исключение представляет только малярия, заболеваемость которой в довоенные годы непрерывно все падала.

II. В довоенные годы эпидемическая заболеваемость (без малярии) в Минске как в целом, так и по отдельным инфекциям стояла гораздо выше, чем в среднем по России.

III. Эпидемические заболевания в Минске в довоенные годы в общем протекали в легкой форме, что можно заключить по невысокому % смертности, который они давали за эти годы; при чем сравнительно тяжелые формы болезни имели место в первые годы довоенного десятилетия, а легкие формы—во вторую половину довоенного десятилетия.

IV. В пореволюционное время 1921 и 1922 годы отличались высокой общей эпидемической заболеваемостью, сильно превосходящей довоенную, что обусловливалось необычайным ростом паразитарных тифов; детские инфекции и брюшной тиф за эти годы абсолютно и относительно понизились по сравнению с довоенным временем.

V. В нормальные пореволюционные годы 1923 и 1924 г.—эпидемическая заболеваемость как в целом, так и по отдельным инфекциям сильно понизились по сравнению с довоенным временем, при чем больше всего понизилась заболеваемость оспой, затем следуют брюшной тиф, паразитарные тифы и детские инфекции.

VI. Падение по сравнению с довоенным временем эпидемической заболеваемости, имевшее место по Советскому Союзу в пореволюционные 1923 и 1924 годы, отличалось, однако, в Минске более сильным темпом, чем в среднем по Союзу. Это явление повело к тому, что в 1923 и 1924 году одни эпидемические заболевания в Минске, по расчету на 10.000 чел. населения, стоят уже не выше, а ниже, чем в Союзе; по другим эпидемическим заболеваниям, хотя число их на 10.000 чел населения в Минске стоит выше, чем в Союзе, однако, разница между их численностью в несколько раз меньше, чем в довоенное время.

VII. По сравнению с губернскими городами Союза заболеваемость паразитарными тифами в Минске в 1924 году стояла выше, чем по Союзу; по другим эпидемическим болезням—оспе, детским (скарлатине и кори), брюшному тифу заболеваемость в Минске в том же 1924 году стояла ниже, чем в среднем по губернским городам Союза.

VIII. В пореволюционные 1923 и 1924 г. эпидемические заболевания протекали в более тяжелых формах, чем в довоенные годы, что нужно заключить по более высокой смертности, однако тенденция была на более легкое течение: в 1924 году смертность от эпидемических заболеваний уже ниже, чем в 1923 году.

IX. По сравнению с 1923 годом имели в Минске место значительное повышение в 1924 году детских инфекционных болезней—скарлатины, дифтерии, кори и коклюша, что совпадает с таковым же

повышением по всему Союзу; с этой повышательной тенденцией детских инфекций, очевидно, мы должны считаться и на ближайшее будущее.

X. Знаменательно падение в Минске заболеваемости брюшным тифом; это падение имело место в отдельные годы и в довоенное десятилетие, но особенно резко оно выразилось в дореволюционные—1923 и 1924 годы, —и все это, несмотря на прогрессирующее из года в год загрязнение грунтовых вод; это позволяет нам сделать вывод, что брюшно-тифозная инфекция в Минске потеряла свой водный характер, и распространение ее вызывается, по всей вероятности, путем прямого или косвенного переноса от больных тифом или от здоровых так наз. бацилло-носителей.

XI. Благодаря невысокому проценту смертности от эпидемических заболеваний, эпидемическая смертность занимает незначительное место в общей смертности населения Минска, составляя всего 3%—3,9% всей смертности в довоенное время и 6%—4,9% в пореволюционное время.

XII. Благодаря тому же незначительному % смертности от эпидемических заболеваний, эпидемическая смертность на 10.000 чел. населения в Минске невысока и стоит значительно ниже чем в России.

Материалы и литература, которыми мы пользовались:

1. Обзоры Минской губернии, изд Минского Губернского Статистического Котитета, годы 1902—1913, исключая 1905 и 1907 годы.

2. Статья И. А. Добрейцера „Эпидемическое состояние СССР“ в X Тезисах докладов 9-го Всероссийского С'езда бактериологов, эпидемиологов и санврачей“, изд. НКЗ 1925 г.

3. Смертность и продолжительность жизни в России С. А. Новосельского, 1916 год

4. Ведомости НКБЗ о движении заразных больных в Минске за 1921—1924 годы.

5. Неопубликованные цифровые данные ЦСУБ о причинах смертности в Минске за 1922—1924 г. г.

Влияние переполнения школьного помещения на состояние здоровья и успешность учащихся.

Познавание личности во всей ее полноте и ее отношение к возникновению болезней составляет одну из важнейших задач врача.

Маслов.

Школьный врач Б. А. Пратусевич.

Работая в течение нескольких лет в ряде учебных заведений гор. Минска и набюдая за развитием учащихся этих учреждений, я не могла не обратить внимания на влияние переполнения классов на здоровье подрастающего поколения.

Детский организм во время школьного периода находится лишь на пути к полному развитию, а чем нежнее органы, тем легче на них отражаются внешние раздражения Если не регулировать их, то легко могут произойти длительные расстройства не только в состоянии соматическом, но также и психическом, что повлечет за собой болезненные душевные состояния.

Поскольку это, обыкновенно, зависит от самой школы, причины расстройства здоровья учащейся молодежи сводятся главным, образом к лишению свободы в течение нескольких часов и истекающему отсюда ограничению пользования свежим воздухом, далее к непривычному спокойному сидению, к ограничению мышечной работы и к слишком раннему умственному напряжению, даже при соблюдении всех необходимых гигиенических мероприятий. Последнее, однако, невозможно в силу жилищного кризиса.

„Переполнение классов—большое зло для растущего организма". „Душные классы портят здоровье детей"—такие лозунги красуются на стенах школы, но значительный приток учащихся вследствие растущего стремления к знанию привел к тому, что небольшое количество более или менее приспособленных школьных зданий использовывается с максимальной нагрузкой. Занятия ведутся в 3 смены с перерывами в 15—20 мин И в результате перегрузка школ, которая не могла не отразится на здоровье учащихся

Всякому известно, что чем больше учеников в классе, тем благоприятнее условия для распространения всяких инфекционных заболеваний и, к сожалению, наша школа является рассадником инфекционных болезней.

Кроме этих физических условий нельзя не уделить должного внимания важным гигиеническим соображениям относительно количества работы, которую должны выполнять ученики и учителя. На основании своих наблюдений, подтверждающих в полной мере общепринятое воззрение, мы отмечаем, что особенно сильный наплыв учеников в средней школе имеет место в средних и младших классах, где ученики более всего нуждаются в помощи учителя. Последний вынужден, задавая ученикам домашние работы, таким образом пополнить неизбежные пробелы класных занятий. Вследствие этого создается для ученика перегрузка, вредная для его здоровья.

В самой школе работа каждого ученика не может протекать под строгим контролем учителя, так как число учеников очень велико. Тем труднее домашняя работа учеников, которая должна компенсировать дефекты школы. От такой постановки дела страдают школьные успехи.

Все те, кому приходилось преподавать в школах с большим числом учащихся знают, как обременительна при этих условиях задача учителя. Постоянное наблюдение за многочисленными учениками в связи с необходимостью выполнить учебную программу держит учителя в состоянии беспрестанного возбуждения, он должен постоянно сдерживать проявления нетерпения, быть постоянно готовым подавить всякую попытку нарушения дисциплины, а потому нет ничего удивительного в том, что смена аффектов, которым он постоянно подвержен рано или поздно доводят учителя до состояния раздражительной слабости, что в той или иной мере передается конечно учащимся.

При многочисленном классе во время письменной работы учитель совершенно не успевает следить за посадкой ученика или за положением тетради и в результате мы имеем значительное развитие сколиозов и других неправильностей скелета; а также близорукости, что также отражается на успешности учащихся.

Это явление давно уже привлекло внимание правительственных сфер и в Швейцарии школьный закон гласит что учитель не может вести одновременно занятия с числом учеников, превышающим 30 ч., а в Англии решено Лондонским School Board устраивать во всех новых школьных зданиях такие классные комнаты, которые могут поместить не более 30 детей во избежание перегрузки.

Если мы заглянем в наши школы, где помимо всех этих вышеуказанных факторов влияли еще и другие, а именно: плохое отопление, недостаточная вентиляция, частое недоедание, то увидим, как заметно сказывается переполнение классов на растущем организме ученика.

Для сравнения я подбирала только такие классы, которые отличались лишь своим наполнением, все же остальные условия были одинаковы.

№ школы.	Класс.	Уч. год.	Количество учеников.	% % успешности.
9-ая шк.	2 кл.	1922/23	41	90
"	3 кл.	1923/24	52	80
"	4 кл.	1924/25	39	91

Эти данные являются результатом наблюдений над одной и той же группой учащихся или с небольшим прибавлением новых, но одинакового уровня познаний, переходящих постепенно из одного класса в другой.

№ школы.	Класс.	Уч. год.	Количество учащихся.	% % успешности.
9-ая шк.	2 класс.	1922/23	41	90
"	"	1923/24	35	95
"	"	1924/25	51	85

Эти данные получаются из наблюдений над разными группами детей одного и того же возраста и уровня познаний и здесь мы видим, как сразу сказывается эта обратно-пропорциональная зависимость между количеством учащихся и их успешностью, несмотря на то, что в последние годы улучшились условия питания.

Возьмем параллельные классы одной и той же школы, где занятия происходят в одно и то же время.

№ школы.	Класс.	Уч. год.	Количество учащихся.	% % успешности.
9	2а	1924/25	40	93
9	2б	1924/25	51	80

Возьмем параллельные классы одной и той же школы, где занятия происходят в том же классном помещении в разные смены: класс 2а—занимается до 2-х час. дня, а класс 2б—вечером с 2-х час. дня. Следовательно класс 2б работает при условиях недостаточной вентиляции.

№ школы.	Класс.	Уч. год.	Количество учеников.	% % успешности.
4	2а	1924/25	47	72
4	2б	1924/25	39	82

Следовало ожидать, что менее многолюдный класс 2б даст еще большую успешность, но нельзя не учесть того, что класс 2б занимался во 2-ую смену, что в значительной мере понижало работоспособность учащихся. Отмечалось еще и такое явление; если ученики в силу каких либо причин переводились из более многолюдных классов в менее многолюдные, то их успешность повышалась и наоборот при переводе из менее многолюдных в более многолюдные успешность падала и учащиеся, сами это отмечая, просили о переводе их в свой прежний класс.

С расширением помещения школы отмечалось резкое падение заболеваемости и улучшение успешности, что наглядно иллюстрирует нижележащая таблица. Одна и та же школа, занимая неподходящее помещение с проходными классами, всегда перегруженными, дала 60% различных заболеваний в течение года, 46% школьных анемий, и в результате падение успешности; та же школа через год после расширения помещения и надлежащего ремонта в ней дает падение заболевамости с 60% до 35%, уменьшение шк. анемий с 46% до 30% и повышение успешности с 75% до 90%.

		% различн. заболев.	% школьн. анемий.	% успешн.
№ школы.	4			
Чис. учащ. в 1922/23 г.	728	60	46	75
Чис. учащ. в 1923/24 г.	675	35	30	90

Не привожу того большого статистического материала, который у меня собрался за время наблюдений и еще более подтверждает то, далеко не безразличное для растущего организма, вредное слияние, какое оказывает переполнение классов как на состояние здоровья учащихся, так и на их успешность.

Выводы:

1. Перегруженная школа становится рассадницей инфекционных болезней.
2. Под влиянием недосмотра увеличивается число детей с неправильным развитием скелета и близорукостью.
3. Среди учащихся развивается раздражительность и сильная нервная возбудимость, передаваемая преутомленным учителем.
4. Отмечается перегрузка учащихся домашней работой, за отсутствием возможности изучить ученика в классе.
5. Падает успешность вследствие всех вышеуказанных причин.

К вопросу об учете результатов пребывания больных в лечебных заведениях.

(Доложено на пленарном заседании Ученого Медицинского Совета при Наркомздраве Бел.).

Д-р С. Р. Дихтяр.

Вопрос об учете результатов применения тех или иных способов лечения представляет не только клинический, но и глубокий соцально-гигиенический интерес. Вся наша медицинская организация должна быть оценена именно с точки зрения социально-гигиенической и экономической ее рациональности. В самом же деле, до сих пор мы судим о правильности или неправильности наших мероприятий по здравоохранению в конечном счете лишь на основании непосредственной потребности больного в лечении, но нам неизвестен метод, дающий возможность определить, насколько эти мероприятия достигают основной цели лечения—восстановления трудоспособности. Целый ряд, например, заболеваний мы госпитализируем, но у нас нет совершенно данных, чтобы об'ективно заключить, насколько целесообразна вообще госпитализация этих заболеваний и какой срок госпитализации является в каждом случае оптимальным.

Таким образом, нас интересует вопрос с социально-гигиенической точки зрения. Мы полагаем, что правильный учет результатов лечения в наших учреждениях должен дать массовый материал для выводов по социально-экономической ценности того или иного лечебного заведения, того или иного способа пользования им, о социально-экономической целесообразности применения того или иного метода лечения к различным заболеваниям. Этот учет может иметь и непосредственно практическое значение. Он может обнаружить, например, различные результаты пребывания одной и той же категории больных в разных заведениях, что должно навести на поиски причины этого явления, или может обнаружиться, что применяемое до сих пор лечение какой либо болезни не дает нужных результатов, что должно вызвать ревизию нашего отношения к этой болезни.

Однако, сознание важности вопроса не делает его легко разрешимым. Как раз учет степени восстановления трудоспособности представляет громадные трудности. Нужно подчеркнуть, что под восстановлением трудоспособности мы понимаем возвращение больного к той профессии, которой он занимался до заболевания. На курортном с'езде летом 1925 года предлагались некоторые способы измерения результатов лечения на курортах (см. доклады Андреева об измерении становой силы, Брейтмана—генетический способ диагностической антропометрии и друг.), но ни один из них не был С'ездом принят безоговорочно, и вопрос остался программным. Не претендуя на то, чтобы предлагаемый нами метод являлся решающим, этот большой важности вопрос мы все-же полагаем, что положенные в его основу соображения научно-обоснованны.

Сейчас о состоянии больного по окончании госпитального лечения дается заключение фактически на основании суб'ективных суждений самого больного и врача. „Без перемен", „с улучшением", „с ухудшением"—термины, которые, очевидно, не могут удовлетворить сколько-нибудь требовательного отношения к вопросу, насколько же больной оказался способным вернуться к своему профессиональному труду. В лучшем случае дается точное указание об анатомически-клиническом состоянии того или иного органа (легких, сердца, почек и т. п.). Само собой понятно, что выздоровление с этой точки зрения не всегда есть синоним восстановления трудоспособности, ибо трудоспособность есть результат функционального состояния, определенной координации в организме, и всякое нарушение такой нормальной координации, даже при кажущемся отсутствии признаков и при хорошем самочувствии, об'ективно есть понижение трудоспособности. Известно ведь, например, что утомление организма может и не сопровождаться ощущением усталости.

Всякое заболевание понижает трудоспособность потому, что оно вызывает быструю утомляемость организма, которая в конечном счете сводится к декомпенсации основных функций дыхания и кровообращения. По Жюль Амару, усталость больше всего сказывается на легких и сердце, которые работают солидарно и взаимно компенсируются (коэффициент напряжения, окисления, гемаптонэический коэффициент указанного автора). Совершенно не касаясь здесь теоретического об'яснения и гипотез утомляемости, важно лишь выяснить: при работе накопляется утомляемость, ведущая к расстройству дыхания и сердечной деятельности, точнее, их взаимного равновесия, и при заболевании эти же функции быстро дают картину утомления. Достаточно вспомнить, что говорит Крель о сердце:

„Утомлению может, конечно, подвергнуться и здоровое сердце, но мы не можем отделить признаков его от признаков обще-мышечной усталости. Описаны случаи, когда нормальное или уже гипертрофитованное сердце после сравнительно непродолжительно чрезмерного усилия ослабевало надолго или даже навсегда. Здоровое сердце животного по прекращении чрезмерного сопротивления оправляется, человеческое же, судя по некоторым описаниям, может надолго остаться слабым... Больное сердце не только легко утомляется, но и легко растягивается. Реконвалесценты после тифа или дифтерии с перерожденной сердечной мышцей иногда внезапно умирают после какого нибудь физического усилия. Усталость и перерастяжение нормального сердца несомненно играют немаловажную роль в жизни. Оба эти состояния наступают тем легче, при тем более незначительных поводах, чем менее удовлетворительно состояние мышцы сердца, к которому пред'являются повышенные требования".

Мы привели эту выдержку, которая полностью подтверждает высказанное нами положение. И так, задача восстановления трудоспособности в сущности сводится к выработке в организме способности бороться с легкой утомляемостью. Между прочим в Англии так и определяют усталость, как уменьшение работоспособности (см. у Вернона). Если это так, если основная наша предпосылка подтверждается научными данными, то вопрос об учете результатов лечения может быть сведен к измерению утомляемости.

Каковы методы измерения утомляемости.—Прежде всего они делятся на методы непосредственного измерения утомляемости рабочего в его текущей работе и на статистические методы изучения отдаленных результатов утомляемости. Что касается последних, то мы на них останавливаться не намерены, поскольку они не могут иметь особого значения для разрешения нашего вопроса. Упомянем лишь, что срав-

нение продукции при той или иной длительности рабочего дня, статистика несчастных случаев по часам дня и дням недели дают представление о влиянии утомления на производительность труда, и Вернон (Промышленная усталость и производительность труда) именно с этой точки зрения говорит об измерении утомляемости. Методы непосредственного измерения утомляемости рабочего лучше всего, конечно, применять в естественной обстановке постоянной профессии, так как только в этом случае эти методы могут дать наилучшие результаты. Однако, в случаях, интересующих нас, т.-е. при измерении утомляемости выздоравливающих, приходится применять эти методы в обстановке лаборатории. В этом большой дефект, который в будущем при широкой диспансеризации возможно будет устранить, действительно перенеся измерение утомляемости выздоровевшего рабочего на само предприятие. Сейчас практически мы будем пред'являть к методам измерения утомляемости лишь следующие требования: быстроту исследования, отсутствие добавочного утомления, простоту аппаратуры (ср. „Физиологию труда“ Кенчеева).

Основным методом измерения работы, как известно, является измерение газообмена. По Карнеджи расход человеческой энергии может быть одинаково измерен или количеством перегоревшей пищи или количеством поглощенного кислорода, из расчета, что на один литр вдыхаемого человеком кислорода приходится 4,9 калорий. При покое 4% вдыхаемого кислорода задерживается тканями. Совершенно естественно, что при недостатке вдыхаемого кислорода, мускулы разрушаются и атрофируются, теряют свою эластичность. Поэтому нормальный тип дыхания и ритм сердца являются основным признаком отсутствия усталости, так как при этих условиях происходит правильный газообмен. Наоборот, расстройство ритма сердца, изменение и учащение типа дыхания служат, по мнению Ж. Амара, лучшими показателями усталости. Таким образом, определение газообмена, пнеймография, кардиография, измерение кровяного давления общего и артериального и все прочие способы функциональной диагностики легких и сердца после определенной работы составляют первую группу интересующих нас методов.

Вторую группу составят методы измерения самой производимой работы; методы эти, по Ньюмену, являются в то же время наилучшими способами измерения усталости. Наиболее употребительные из них—эргометрия и эргография и измерение статической работы по Амару. Последний автор считает, что эргографией нельзя пользоваться для измерения усталости, поскольку мы получаем эргограмму отдельных мышечных групп; Жозефина Иотейко, наоборот, считает возможным даже выводить коэффициент усталости на основании эргографии, именно $\frac{H}{N}$, где H есть общая, суммарная высота поднятия груза, а N число поднятий. Измерение статической силы Амар считает весьма удобным приемом оценки физической выносливости. Самый метод сводится к поддерживанию двух подвешенных грузов обыкновенно по 5 килогр. Количество секунд статического усилия, положенное на вес гирь дает число килограммо-секунд. величину постоянную, по крайней мере, характерную для каждого индивидуума. Все сокращающееся время упражнения дает кривую усталости. У алкоголиков, диабетиков, туберкулезных, недоедающих, изнуренных, переутомленных, выносливость равна 1000—1200 килограмм-секунд, при чем кривая не выравнивается после четырех минут отдыха. Этот факт, между прочим, также подтверждает наше основное положение, что потеря трудоспособности при болезни является следствием быстрой утомляемости.

К этой же второй группе методов мы относим динамометрию (кисти и становой силы), которая является, разумеется, подсобным способом при измерении утомляемости.

Лофер рекомендует для измерения утомляемости определение веса и выделения мочей метиленовой синьки. По его мнению, в результате работы понижается вес тела, возвращение которого к норме находится в зависимости от состояния утомления. При этом важна не величина самой потери веса, а именно скорость восстановления Проба с синькой очень проста и основана на том, что введенная в организм, она тем медленнее выделяется с мочей, чем больше утомлен организм.

Наконец, из общих способов изменения утомляемости укажем здесь на эстезиометрию, измерение ширины аккомодации (Браун), определение силы зрения и слуха. Для измерения утомляемости работников умственного труда, или тех групп физических работников, профессия которых требует напряжения психических способностей, можно еще воспользоваться выполнением тестов (счет, зачеркивание букв, писание цифр, списывание, письмо под диктовку и проч.). Профессор Белоусов (Организация труда) рекомендует еще следующие способы определения утомляемости: покачивание тела с закрытыми глазами, определение времени и пространства, измерение способности комбинировать, определение времени ответной реакции.

Надо подчеркнуть, что все приведенные способы не представляют особых технических затруднений в их проведении.

Необходимым дополнением к учету непосредственных результатов пребывания больного в лечебном заведении является учет более поздних последствий. Последнее может быть достигнуто, до известной степени, конечно, если по поводу каждого больного лечебным заведением будут собираться все сведения страховых органов о последовавших прогулах по болезни. Так как выводы будут делаться на основании массового материала, то индивидуальные отклонения (например острое заболевание, не связанное с прежним, несчастный случай) конечно нивеллируются.

Таковы по нашему мнению, основные начала организации учета результатов пребывания больных в лечебных заведениях. Мы не ждем, само собой, что предлагаемая нами методика способна в корне разрешить проблему, но мы считаем правильным самое направление усилий и обоснование нашего предложения. В задачу настоящей заметки не входит определение тех учреждений, в каких мы будем вводить нашу методику, или в отношении какого рода заболеваний прежде всего целесообразно учитывать результат лечения. В конечном счете этот вопрос практический и технический. Во всяком случае предлагаемый учет обещает дать достаточный материал для ориентировки в интересующем нас вопросе и для установления основных вех в поисках рациональных мероприятий по восстановлению трудоспособности. Разумеется, наше предложение естественнее всего провести в первую очередь в диспансеризированных лечебных учреждениях. [1]).

[1]) Ученый совет своим постановлением высказался за возможность и целесообразность испытания предлагаемой нами методики. Она ставится сейчас и будет проводиться в Клинике Профессиональных болезней в Минске.

Психологический и физиологический метод в психиатрии.

Профессор А. К. Ленц (Минск).

В истории наук мы постоянно встречаемся с тем явлением, что крупные открытия в области какой-либо отдельной науки влекут за собой коренную перестройку даже в тех отраслях знаний, которые казалось-бы, не находятся в прямом соотношении с самим открытием. В переживаемое нами время мы как раз видим пример подобного явления. Законы высшей нервной деятельности, обнаруженные и доказанные И. П. Павловым на собаке и слюнной железе, оказываются прекрасно об'ясняющими сложные процессы человеческого поведения и, в частности, — процессы патологического поведения, служащие предметом психиатрии. Благодаря этому обстоятельству, мы имеем теперь в руках новый, физиологический метод изучения душевных болезней, сущность которого заключается в следующем.

Наблюдая за поведением больного, за его действиями, высказываниями, мимикой, жестикуляцией, мы все время остаемся в сфере естественно-научных понятий и, конкретнее, — вращаемся в сфере *нервных* процесов, происходящих в мозгу больного. Нас уже не интересует картина его психических состояний, трудно постигаемая у всякого чужого „я". Мы изучаем *рефлекторные* реакции больного на раздражителей внешнего мира, простые и сложные, настоящие и прошлые. Выражаясь фигурально—исследуя душевно больного, мы смотрим не в его душу, а в его мозг.

Мы исследуем, как больной реагирует на раздражители, создаваемые клинической обстановкой, как он реагирует на семейные и условия; сами наши вопросы, задаваемые больному, следует рассматривать, как сложные раздражители, вызывающие у больного далеко не те рефлекторные реакции, которые мы получаем у здоровых.

Основной фундамент, на котором зиждется сложное здание человеческих поступков, состоит из безусловных, филогенетически фиксированных рефлексов, главные из коих суть самоохранительный, пищевой и половой рефлексы (инстинкты). Путем присоединения к этим рефлексам различных раздражителей, образуются простейшие или первичные условные рефлексы, каковы рефлексы на вид и запах пищи, на различные звуки, сигнализирующие опасность, приближение самки и т. п. Путем присоединения к раздражителям, вызывающим первичные условные рефлексы, других раздражителей, создаются новые условные рефлексы, которые базируются, таким образом, не на безусловных рефлексах, а на *условных*, непосредственно к безусловным примыкающих. Такие рефлексы я предложил называть суперрефлексами.

Чем выше развитие человека, тем более его нервная система способна к надстраиванию одного рефлекса над другим, тем сложнее и разнообразнее его суперрефлексы. Так, на рефлексах на вид пищи постепенно вырабатываются рефлексы на средства к добыванию пищи, на деньги, на службу, как средство добыть деньги. На верхних эта-

жах рефлекторных зданий стоят наши высшие и ценнейшие социальные, этические, эстетические, интелектуальные акты. Нервный процесс Галилея и Архимеда, отвечающий принципу „наука для науки", сложнее процесса научного карьериста; рефлексы научного карьериста сложнее рефлексов человека, занимающегося наукой для наживы; и рефлексы последнего все же значительно выше и сложнее рефлексов дикарей и идиотов, акты которых всецело сводятся к питанию, самосохранению и половым отправлениям.

В образовании сложных рефлекторных реакций человека особую роль играют два процесса: 1) внутреннее торможение и 2) образование рефлексов на следы *прошлых* раздражений.

Торможение, следующее в норме по пятам за каждым возникшим возбуждением, шлифует наши рефлексы, придает нашим актам точность и отчетливость, в результате чего и достигается полное соответствие наших реакций внешним раздражителям. Оно же вытесняет низшие более примитивные рефлексы, обеспечивая стаким образом проявление высших форм нашей нервной деятельности.

Всякое возбуждение, однажды вызванное в ответ на определенный внешний раздражитель, не пропадает бесследно с прекращением действия этого раздражителя. Ни один рефлекс не умирает. Нужно себе представить, что всякий новый рефлекс, вступая в момент своего образования в конкуренцию со старыми рефлексами, временно оттесняется, но все же остается в мозгу в виде живого динамического процессса, *который как-бы пружинит и может при известных* обстоятельствах, возникнуть уже и сам по себе, без внешнего раздражителя. Повторение раздражителя, подкрепляемого безусловным (или основным условным) раздражителем, упрочивает рефлекс в еще большей степени Таков физиологический механизм наших „воспоминаний".

Наконец, способность реагировать на те или иные части сложного раздражителя (анализ) и, наоборот, способность реагировать на комбинации раздражителей (синтез) довершают богатство нервных ответов на явления внешнего мира.

В результате действия всех этих физиологических факторов рефлексы нормального и развитого человека, homo sapiens, являются тонким приспособлением к изменяющимся условиям внешнего мира. Такие рефлексы можно назвать *адэкватными* рефлексами.

Исследование постепенного разрушения двигательных условных рефлексов при прогрессивном параличе показало [1]), что уже в первой стадии этого заболевания утрачиваются более сложные рефлекторные реакции, являющиеся продуктом воспитания и образования. В то время, как наблюдение устанавливает интеллектуальные, этические и эстетические промахи больных, физиологический эксперимент наглядно обнаруживает расстройство функции внутреннего торможения. С ходом заболевания постепенный распад условно-рефлекторной деятельности обозначается все резче и яснее, и к концу заболевания паралитик спускается до уровня простейших условных и безусловных рефлексов, вполне приближаясь по своим реакциям к животным.

Мы видим, таким образом, что с усилением тяжести данного заболевания, представляющего собой постепенное уничтожение мозговой коры бледной спирохетой, рефлекторный механизм не только разрушается, но и упрощается по сравнению с нормой.

Есть основания предполагать, что всякая порча механизма высшей нервной деятельности (т. е.—всякая душевная болезнь) является упрощением этого механизма, и, в тяжелых случаях, мы имеем сведе-

---

[1]) А. К. Ленц. Высшая рефлекторная деятельность при прогрессивном параличе 1923 г. Дисс. См. также Новые идеи в психопатологии и психиатрии, изд. „Образование", Петроград 1924 г. стр. 36-75.

ние деятельности коры к более примитивным ее формам, наблюдаемым нами у животных.

С об'ективно-физиологической точки зрения, *психиатрия есть наука о патологических или инадэкватных условных* рефлексах, представляющих собой расстройство нормальных процессов возбуждения и торможения в коре больших полушарий. Эти расстройства состоят или в изменении интенсивности этих процессов, или в неправильном распространении возбуждения и торможения по поверхности коры, или, наконец, в уклонении от существующего в норме взаимодействия возбуждения на торможение и обратно.

Так, при органических психозах и состояниях недоразвития наиболее характерна неспособность к образованию новых адэкватных рефлексов. При аменции и инфекционных психозах на первый план выступает образование инадэкватных рефлексов, в виде несвязанных между собой замыканий, примером чего может служить лихорадочный бред. При параное мы встречаемся с рядами надстраивающихся друг на друге инадэкватных суперрефлексов, в результате чего получается стройная система высказываний и действий больных, причем реальная действительность не коррегирует эти рефлексы, вследствие существования в мозгу центров с повышенной возбудимостью. При циклофрении мы имеем дело или с иррадиацией возбуждения — при мании, или с иррадиацией торможения — при меланхолии.

Цель терапии душевных болезней, с физиологической точки зрения, может быть двоякой: мы стремимся или понизить процессы возбуждения в мозгу и усилить в нем процессы торможения (успокаивающая, седативная терапия); или-же, наоборот, мы заботимся о повышении процессов коркового возбуждения (стимулирующая терапия). Цели этой мы достигаем путем воздействия на нервную систему безусловных раздражителей и тормозов (большей частью — химических), каково медикаментозное лечение, серо — и органотерапия, или путем условных раздражителей (и тормозов), каковым является лечение убеждением, „психоанализом" и гипнозом. В частности, вызывание гипнотического состояния есть искусственное (в противоположность нормальному сну) создание в мозгу процесса торможения, иррадиирующего на большую или меньшую часть корковой поверхности, причем возбуждение концентрируется лишь в тех точках коры, в которых воспринимаются раздражения, идущие от гипнотизёра.

Перейдем теперь к психологическому методу и посмотрим, что может он дать нам для психиатрии. По мнению Birnbaum'a, целью психологического анализа душевно-больного должно быть построение (Aufbau) психоза из тех или иных психологических факторов, обусловливающих как наступление болезни, так и особую форму ее развития.

Большинство современных психиатров понимает психологию уже не в Wundtziehen'овском смысле, как изучение явлений сознания. P. Janet, Freud, Jung, Adller, Bleuler, Morton Prince и, в последнее время, Kraelelin настаивают на необходимости изучения „бессознательных психических актов", лежащих в основании наших мыслей, желаний и поступков. Возрождается старое понятие „бессознательного" фигурирующее в философии Leibniltz'a, Kant'a, Fichte, Hegel'я, Schopenhauer'a, Schilling'a Hartmann'a. В психологию оно введено врачем Carus'ом в 1846 г.

Но что же представляют собой „бессознательные" психические акты? Как мы можем с ними ознакомиться? Внутренний опыт, т. е. изучение явлений сознания, очевидно, не может открыть нам этих процессов. Следовательно, бессознательное психическое явление или лежит вне пределов всякого опыта — и тогда это есть метафизическое понятие; или мы найдем его в сфере внешнего опыта — и тогда это

есть не что иное, как физиологический, нервный процесс, не сопровождающийся сознанием.

Таким образом, психология бессознательного ведет нас или в метафизику, или в физиологию.

Содержание бссознательных актов определяется учеными с весьма своеобразными различиями друг от друга.

По James'у, здесь кроется главный источник религиозного чувства, по Freud'у эта область наполнена вытесненными из сферы сознания сексуальными стремлениями. По Ziehen'у и Störring'у, самая гипотеза бессознательных психических актов—излишня и произвольна.

Во всяком случае, психиатрия, пользуясь психологическими понятиями, принуждена, как всякая прикладная психологическая наука пользоваться методом самонаблюдения, прямого или косвенного.

Но именно в психиатрии этот метод не может дать положительных результатов. Душевнобольной по самому свойству своего заболевания лишен возможности дать связный и правильный отчет о своих переживаниях. А без такого отчета немыслим, по Wundt'у и Поварнину, психологический анализ даже простых психических актов.

Wernicke высказал несомненно верную мысль, что при наблюдении за поведением душевно-больных непосредственным материалом являются только их движения.

Действительно, следует признать, что психические процессы больных остаются для нас всегда в области гадательного и,—чем далее больной от нормы, чем тяжелее душевное заболевание, тем безнадежнее задача разложения болезненного процесса на основные психологические слагаемые. Мы видим здесь как раз обратное тому, что получается при пользовании физиологическим методом. При глубоких степенях так наз. слабоумия рефлекторный механизм проще и примитивнее; реакции слабоумных ближе к безусловным рефлексам.

Исходя из учения об условных рефлексах, психиатрия приобретает для себя прочное биологическое основание, так как исходная единица—условный рефлекс есть реальный нервный процесс, доступный наблюдению и эксперименту. При психологической-же позиции психиатрия лишает себя того, что обеспечивает успешное развитие всякой положительной науки—лишает себя *эмпирической* основы. Психический процесс душевно-больного никогда не наблюдается нами непосредственно; он не может быть ни воспроизведен, ни проверен; исходящая из такого понятия наука обрекает себя на колебания, фантастичность и неточность.

Поэтому желательное для успешного развития психиатрической науки соотношение психического и физиологического метода можно выразить следующей краткой формулой: метод психологический должен уступить главное место физиологическому методу

Такая позиция в настоящее время принята кафедрой психиатрии Бел. Гос. У-та.

Разумеется, высказанная мной точка зрения отнюдь не обозначает упразднения всего, что было добыто психиатрами при господстве психологического метода. Психиатры, пользуясь психологией, оставались прежде всего клиницистами, и в качестве таковых всегда наблюдали, описывали и сопоставляли между собой клинические факты т. е. поступки больных.

В сущности, многие научные завоевания, которыми может гордится психиатрия, сводились к правильному сопоставлению клинических фактов; напомню, напр. известное наблюдение Esquirol'я – l'embarras de la parole est un signe mortel" — сыгравшее крупную роль в выделении прогрессивного паралича, как клинической единицы. Подоб-

ную же роль сыграло сопоставление кататонических явлений с последующим переходом в слабоумие (Kahlbaum, Kraepelin).

Нетрудно предсказать, что слава Kraepelin'а, как клинициста, выделившего на основании наблюдения за течением болезни ряд клинических форм, надолго переживет славу Kraepelin'а — психолога.

На смену толкованию клинических фактов, как показателей психических расстройств, должно теперь выступить их толкование, как показателей расстройства мозговых процессов.

Нужно заметить, что и в западно-европейской психиатрической литературе за последнее время наблюдается некоторый сдвиг в сторону об'ективизма и приближения к физиологии (Kraus, Kretschmer). Bleuler в своем учебнике пользуется понятием „ассоциативного рефлекса" тожественным понятию условного рефлекса И. П. Павлова.

Но клинический язык современного психиатра еще переполнен психологическими терминами, употребляемыми в обыденной жизни и художественной литературе. Здесь перед психиатром — физиологом стоит задача — заменить эти термины естественно-научными или, во всяком случае, имеющими определенное физиологическое содержание. Неизбежна, конечно, и перегруппировка фактического материала, а с ней и новая система психиатрии.

Вполне понятно, что подобная задача, при строгом к ней отношении, может быть выполнена лишь постепенно.

Поэтому не следует торопиться с ломкой ветшающего здания психологической психиатрии, а надо лишь, подобно тому, как это делает русский крестьянин при постройке новой избы, выводить новое здание физиологической психиатрии рядом с прежним и независимо от него из нового, прочного материала.

Проф. Kehrer, в вышедшей в 1923 г. статье, оценивает состояние современной психиатрии, как весьма неустойчивое, и замечает при этом что „естественно научный идеал, при осуществлении которого всякое болезненное состояние может быть определено, как функция *соматических* величин, рисуется еще в дали".

Нельзя не признать, что мы — русские психиатры — находимся в более благоприятном положении: законы высшей нервной деятельности, открытые И. П. Павловым, освещают нам прямой путь к естественно-научному идеалу психиатрии. Становясь на физиологические рельсы, наша наука вступает в общий цикл естественно-научных знаний. И это обстоятельство, в связи с высказанными ранее соображениями, позволяет надеяться, что новая фаза развития будет плодотворной для психиатрии и благодетельной для душевно-больного.

О гистологических изменениях слизистой оболочки матки в различные фазы ее физиологической деятельности.

(Из Патолого-Анатомического Института Бел. Гос. У-та. Директор проф. Титов)

Пом. проз. и член медсекции Инст. Белорусской культуры **В. И. Глод-Вершук.**

Нормальное строение слизистой оболочки матки, в особенности отдельные фазы ее периодических изменений между двумя менструациями, были изучены до настоящего времени настолько мало, что это обстоятельство до появления исследований последнего десятилетия приводило нередко к диагностическим ошибкам при микроскопическом исследовании соскобов из полости матки.

Для того, чтобы представить более наглядно, как резко выражены изменения эндометрия в различные стадии межменструального интервала, я позволю себе привести здесь краткое описание строения нормальной слизистой оболочки матки, которое можно найти в учебниках гистологии: толщина слизистой около 1 мм., поверхность ее покрыта цилиндрическим однослойным мерцательным эпителием, высота которого в среднем около 30 микронов. Движение мерцательных волосков направлено к orificum internum. Строма слизистой состоит из тонко-волокнистой соединительной ткани, соединительно-тканных клеток и лейкоцитов, а также из небольшого количества однородного межуточного вещества; в этой оболочке заключается много простых или вилообразно делящихся железистых трубок, выводные протоки которых идут более прямо, а в глубоких частях, наоборот, железы представляются извилистыми и на границе stratum submucosum, несколько загибаясь, оканчиваются слепо. Железы эти не выделяют никакого специфического секрета и выстланы однослойным мерцательным эпителием, похожим на эпителий выстилающий внутреннюю поверхность матки. Нежная membrana propria отделяет железы от стромы. Подслизистой оболочки нет.

В руководствах по гинекологии и акушерству Bumm'а, Küstner'а, Ruge, Veit'а и др. и в учебниках гистологии приводятся описания изменений в эндометрии во время менструации, из которых видим, что за 10 дней до появления месячных отделений слизистая оболочка матки утолщается раза в 3—4. Межклеточные лимфатические пространства становятся шире, а маточные железы гипертрофируются. Промежуточная волокнистая соединительная ткань становится более рыхлой и отечной; далее происходит прилив крови к поверхности слизистой оболочки, образуются суб'эпителиальные гематомы, нарушается целость поверхностного эпителия и кровь изливается в полость матки. К концу менструации слизистая теряет свою набухлость, отечность, быстро опадает, уменьшается в толщине, а поверхность эпителия в это время восстановляется, возрождаясь со стороны эпителия выстилающего маточные железы. Таким образом мы имеем до сих пор две картины, которые считались нормальным явлением для способной менструировать

матки,—одну—для слизистой вне менструации и другую—в периоде менструации, все же остальное, что не укладывалось в эти рамки, подводилось под патологию.

Из новейших исследований однако видно, что слизистая оболочка тела матки подвергается в течение межменструального интервала почти непрерывным изменениям, повидимому распространяющимся, хотя и в менее резкой степени, также на другие части полового аппарата. Чрезвычайно интересные детали циклического превращения отдельных тканей, входящих в состав слизистой, раз'яснены недавно впервые исследованиями Hitschmann'a и Adler'a. По данным этих исследований видно, что отдельные фазы метаморфоза слизистой оболочки дают столь характерные микроскопические картины, что по ним можно большей частью судить с уверенностью об отношении исследуемой слизистой оболочки к сроку менструации и даже определить довольно точно через сколько дней после месячных была удалена исследуемая слизистая.

Все те изменения, которые непосредственно предшествуют менструации и которые следуют тотчас за менструацией, в главных своих чертах легко могут быть разложены на 4 различных стадия незаметно переходящих один в другой:

1. Менструация.
2. Пост-менструальный стадий.
3. Стадий покоя, или интервал.
4. Предменструальный стадий.

Так как наиболее типично и наиболее правильно происходят изменения в эндометрии в предменструальном периоде, то я и начну описание именно с этого стадия. Правда, бывают незначительные уклонения у женщин обладающих трехнедельным типом менструации и в некоторых других случаях, где причину этих уклонений пока об'яснить трудно. В общем предменструальный стадий характеризуется четырьмя кардинальными признаками: во-первых, слизистая приобретает ясное деление на два слоя—поверхностный—компактный и более глубокий—спонгиозный или губчатый; во-вторых, железы резко гипертрофированы и наполнены секретом; в-третьих, железистый эпителий находится в состоянии секреции, и в четвертых, компактный слой эндометрия набухает и приобретает поразительное сходство с децидуальной оболочкой.

Эти четыре пункта проявляются одновременно сопутствуя друг другу и хотя не все одинаково резко выступают иногда, тем не менее бывают все на лицо и являются настолько типичными для этого периода, что тот, кто хоть раз наблюдал эту картину—запомнить ее навсегда.

При ближайшем наблюдении вышеупомянутых изменений можно проследить, что за 10—12 дней до появления месячных слизистая оболочка матки набухает и становится в 2—3 раза толще, чем во время стадия покоя. В начале Praemenstruum'a она еще бледна, гладка и блестяща и только в последующие дни этого периода постепенно становится набухшей, ин'ецированной, мягкой, отечной и как-бы разрыхленной.

Набухание касается не сразу всей слизистой целиком, оно начинается со дна матки, постепенно спускается к orificium internum и обусловливается соответствующими изменениями в железах, в строме и в эпителии. Железистые трубки резко расширяются, иногда до такой степени, что они соприкасаются друг с другом, причем расширение касается только более глубоко расположенных частей желез, выводные же протоки их вследствие сдавления вокруг лежащей набухшей соединительной тканью представляются узкими и прямыми и благодаря

этому кажутся более удаленными друг от друга. На этом основании слизистая оболочка матки может быть разделена на два слоя: поверхностный—набухший со сдавленными выводными протоками желез—компактный слой и более глубокий с расширенными железами—спонгиозный слой. Изменения в железах выражаются в следующем: на внутренней поверхности расширенных железистых трубок появляются выступы то в виде сосочков, то в виде зубьев пилы, а в стороны железа дает целый ряд бухтообразных выпячиваний, то большей, то меньшей величины. Причем обычно однослойный эпителий выстилающий железу представляется нередко расположенным в несколько рядов, образуя как-бы небольшие пучечки на сосочковидных выступах. Это явление интересно в том отношении, что при наличии большого количества желез некоторые исследователи смотрели на такие случаи, как на начало злокачественной аденомы—Adenoma malignum.

Увеличение всей железы в об'еме выражено чрезвычайно резко, однако не выяснено происходит-ли это увеличение за счет вторичных отростков, как это бывает в грудной железе во время секреции, где железа действительно разрастается, или же здесь увеличение в об'еме идет за счет гипертрофии ее элементов и железа меняет форму только в зависимости от давления, какое оказывает на нее окружающая соединительная ткань в различные фазы. Одновременно с изменением формы желез происходит поразительное в смысле различного восприятия окраски изменение в железистом эпителии поверхностной и более глубоко расположенной части железы. Ядра эпителия начального отрезка окрашиваются слабо и под большим увеличением представляются бледными с неясными контурами, они окружены довольно толстым слоем протоплазмы и далеко отстоят друг от друга, отчего общее количество клеток кажется уменьшенным. Ядра же глубжележащей части железы окрашены интенсивно, расположены густо и как бы непосредственно примыкают друг к другу. В дальнейшем тело и дно железы, расположенные в спонгиозном слое, остаются почти в одном и том же состоянии до самой менструации, между тем как начальная часть ее в компактном слое подвергается все новым и все более значительным изменениям.

Как было уже упомянуто выше, с самого начала предменструального периода клетки начального отрезка железы увеличиваются в об'еме; это увеличение постепенно прогрессирует и непосредственно перед менструацией эпителиальные клетки становятся очень высокими до 16—24 микр. Ядро отодвигается к базальному концу ее, а в протоплазме свободной части клетки, то есть той части, которая обращена в просвет железы, появляется нежная зернистость, окрашивающаяся эозином в розовый цвет, базальная же часть клеточной протоплазмы приобретает гомогенный однородный вид. В дальнейшем зернистая часть протоплазмы булавовидно выпячивается из клетки в просвет железы, становится бахромчатой, расплывчатой и в результате в полости железы появляется мелкозернистая масса, которая точно также как и клеточная зернистость окрашивается эозином в розовый цвет. Не подлежит сомнению следовательно, что богатая протоплазмой обращенная в просвет железы часть клетки, в противоположность базальной выполненной ядром, находится в состоянии секреции—сецернирует. Причем интересно то, что секрет выделяющийся из железистого эпителия в начале предменструального периода имеет иной вид и иные свойства, чем секрет находимый в полости железы непосредственно перед месячными. Вначале он имеет зернисто-нитчатый характер и, как было указано выше, окрашивается эозином, а при применении основных красок остается неокрашенным, позднее, с приближением менструального периода этот секрет ясно обнаруживает свой-

ства слизи. Таким образом мы видим, что клетки желез слизистой оболочки матки не вырабатывают слизи, а что секрет уже позже в полости железы приобретает свойство этой последней. Это обстоятельство существенно отличает железы мукозы тела матки от цервикальных желез, в которых, как известно, можно легко доказать присутствие слизи в протоплазме клетки, кроме того секреция желез шейки матки постоянна и ни с каким определенным временем не связана, а секреция желез тела матки связана с предменструальным периодом. Заслуживает внимания еще тот факт, что у новорожденных девочек и у эмбрионов женского пола слизистая оболочка матки имеет железы такого же типа, как и железы шейки, то-есть эпителий их выстилающий представляется высоким цилиндрическим с базально расположенным ядром, а в клеточной протоплазме и в полостях желез содержится слизь.

Вопрос о секреции желез слизистой оболочки матки представляет огромный интерес в том отношении, что до сих пор он был мало разработан, вызывал самые различные толкования и приводил к ошибочным заключениям при микроскопическом исследовании соскобов из полости матки взятых с диагностической целью.

В классическом руководстве Kölliker Ebner'а совершенно не упоминается о секреции желез тела матки, точно также не находим никаких указаний на это в учебниках гинекологии Schauta, Küstner'а, Ruge и других. Что же касается Chrobak'а и Rosthorn'а, то они утверждают, что только цервикальные железы продуцируют слизь, а остальные железы эндометрия выделяют секрет серозного характера. Waldeyr находит, что вся полость матки лишь слегка увлажнена и что секреция желез слизистой оболочки тела матки минимальна.

Westphalen принимает сецернирующий эпителий желез полости матки за явный признак катаррального эндометрита. Приведенные взгляды ясно иллюстрируют насколько разноречивы были мнения авторов о деятельности желез эндометрия и какие выводы следовали из этого.

На ряду с измениями в железистом эпителии происходит метаморфоз соединительно-тканных клеток стромы компактного слоя эндометрия; в этот период они становятся чрезвычайно похожими на децидуальные клетки.

Из веретенообразных, рыхло лежащих расположенных друг от друга на известном расстоянии и хорошо красящихся, они превращаются в полигональные тесно прилегающие друг к другу с большим количеством протоплазмы, которая красится бледно. Ядро также увеличивается в размерах и слабее воспринимает окраску. При специальных методах окраски в клетках стромы обнаруживается большое количество гликогена. Сходство компактного слоя слизистой оболочки с молодой decidua vera настолько велико, что дифференциальный диагноз может быть крайне затруднительным и даже невозможным. Отсюда становится понятным, говорит Hitschmann, почему Ruge не считал характерным для беременности наличие децидуальных клеток, он полагал, что гипертрофия и набухлость клеток стомы вне беременности указывает на хронический интерстициальный эндометрит.

Явления гипертрофии и гиперплязии все наростают вплоть до начала менструации и тотчас-же прекращаются с появлением ее. Расширенные, переполненные кровью, капилляры и наличность элементов крови в их окружности дают возможность распознать начало менструального стадия. Эмиграция и транссудация становится все больше и больше, так что отдельные очаги вышедших элементов крови сливаются вместе и образуют под эпителием довольно обширные участки скопившихся красных кровяных шариков. Благодаря типичному измене-

нию тканей и присутствию суб'эпителиальных гематом мы можем микроскопически определить менструацию прежде. чем появится хоть одна капля крови в полости матки. Далее, гематомы своим давлением нарушают целость поверхностного эпителия, который в значительной степени подвергся некробиозу и кровь свободно изливается в cavum uteri. На высоте менструации, обычно в первый же день, железы выталкивают свое содержимое и стенки их спадаются идут прямо и параллельно друг другу и на поперечном разрезе не имеют просвета. Переход гипертрофированных желез в узкие и прямые формы менструального стадия совершается очень быстро, так что с трудом можно найти промежуточные картины даже при исследовании значительных участков слизистой. Среди переходных форм встречаются гипертофированные железы, еще не опорожнившие свой секрет, стенки которых частью уже потеряли сосочковидные выступы, а бухтообразные выпячивания стали менее глубокими.

На ряду с ними попадаются опорожнившиеся железы с широким просветом, в которых ни сосочков, ни выступов нет, но эпителий их выстилающий располагается в несколько рядов, напоминая строение начальных стадий adenocarcinom'ы. С каждым днем менструального стадия соотношение различных форм желез меняется в зависимости от времени их опорожнения, но в общем к концу менструации находим исключительно спавшиеся железы. Эпителий менструальных желез резко меняет свой вид: из высокого цилиндрического он превращется в кубический с малым количеством протоплазмы, в котором ядро располагается центрально и выполняет почти всю клетку.

Со 2—3-го дня менструации кое-где в отдельных клетках намечаются процессы регенерации. Микроскопическая картина эндометрия в этом периоде будет представляться пестрой и многообразной; в различных участках слизистой оболочки можно найти самые различные по типу и по степени регенерации группы желез. Это обстоятельство мы всегда должны иметь ввиду и остерегаться от исследования небольших соскобов слизистой, так как в соскоб легко может попасть участок мукозы с какой-нибудь определенной группой желез и такое исследование, конечно, не даст полной картины, а потому и выводы, сделанные на основании такого исследования, будут неправильны.

В менструальной крови под микроскопом находим слизь, белые и красные кровяные шарики, отдельные соединительно-тканные клетки и различной величины лоскутки компактного слоя слизистой, в которых можно ясно различить железы и строму, клеточные элементы которых обнаруживают явные признаки некробиоза.

Иногда в протоплазме отдельных клеток поверхностного эпителия, в железистых клетках и в единичных клетках стромы можно заметить характерное мутное набухание и мелкие жировые капельки, однако жирового перерождения более обширных участков никогда не наблюдалось.

С прекращением менструации слизистая оболочка матки становится низкой, слегка розоватою, иногда бледного цвета и принимает типичный для постменструального стадия вид. Суб'эпителиально кое-где еще имеются остатки кровоизлияний, которые в последующие дни совершенно рассасываются и исчезают. Интересно то, что после месячных кровяной пигмент в слизистой встречается очень редко, между тем, как при метроррагиях его находят часто в значительном количестве. Уже в первый день постменструального периода поверхностный эпителий правильными раядами покрывает слизистую оболочку матки и во всех составных элементах ее идет регенерация быстрым темпом. В случаях незначительной потери поверхностного эпителия во время менструации регенерация происходит из оставшегося эпителия, там-же,

где потеряна была большая часть слизистой, возрождение клеточных элементов идет от края разорванных желез.

Железы постменструального периода вследствие регенерации их эпителия представляются не такими узкими и прямыми, как во время менструации; в поперечном сечении они округлы или овальны и кольца поперечников имеют небольшой просвет. Эпителий желез менструального типа в первые дни Postmenstruum'a еще сохраняет свой характерный вид—границы клеток резко контурированы, цилиндрический эпителий низок, беден протоплазмой, ядро овально, лежит в центре, нигде не удается обнаружить ни малейшего признака секреции—протоплазма окрашивается равномерно Большинство клеток стромы и желез находится в состоянии митотического деления,—так попадаются поперечники желез, в которых насчитывается от 6—9 митозов. Здесь нужно отметить, что в глубоких слоях слизистой в Spongiosa—митозов никогда не наблюдалось. Регенерация происходит неравномерно: иногда рост новых элементов идет быстрее, иногда медленнее, иногда в большем масштабе, иногда в меньшем,—интенсивность и размеры регенерации всецело зависят от тех разрушений, которые произошли во время предыдущего стадия. Эффект регенерации клеток железистого эпителия проявляется в двух направлениях—эпителий становится выше и богаче протоплазмой, отчего железа увеличивается в об'еме, кроме того, происходит рост железы в длину, что ведет ее к спиральным изгибам и к постепенному переходу к штопорообразной форме дальнейшего стадия—стадия покоя или интервала. Регенерация клеточных элементов продолжается большей частью и в первой половине интервала, хотя далеко не так интенсивно, как в postmesntruum'е. Митотические фигуры деления Westphalen находил на 18 день от начала менструации, Hitschmann и Adler находили фигуры деления еще позже на 19—20 день.

В течение интервала постепенно намечаются еле уловимые для глаза изменения, которые подготавливают слизистую оболочку матки к предменструальному периоду.

В некоторых железистых трубках уже попадаются отдельные клетки, в которых протоплазма становится как-бы светлее, кое-где единичные клетки уже представляются слегка набухшими и в их протоплазме появляется нежная зернистость, красящаяся эозином. В эпителии большинства желез ядра овальны и лежат в центре, но нередко встречаются клетки с ядром оттесненным к базальному концу; контуры таких клеток становятся менее ясными, а в просвете железы можно доказать наличие зернистого секрета, который в этом периоде еще не имеет характера слизи и интенсивно красится эозином, как и клеточная зернистость.

Штопорообразная форма желез сохраняется в течение всего интервала; вначале, как было указано выше, она обусловливается увеличением железы в об'еме за счет регенерации эпителия, а позже, к концу интервала за счет набухания отдельных клеток. Поэтому-то и кажется, что к концу интервала железы представляются более извитыми, чем в начале его. Извитая форма желез стадия покоя общеизвестна: это та форма, описание которой занимает много места в учебниках гинекологии и которая в противоположность прямым железам эндометрия принималась за нормальную.

С окончанием интервала большинство желез уже обнаруживает явные признаки начала секреции и в некоторых из них намечаются бухтообразные выпячивания стенок. Клетки стромы хотя еще не представляют резкого отличия от таковых в постменструальном периоде, однако форма их в компактном слое выражена не так отчетливо и отдельные клетки расположены как-бы ближе друг к другу.

Долгое время было всеобщим мнение, что нормальное расстояние между отдельными железами строго определенно, что оно равно приблизительно поперечнику железы умноженному на четыре. По этому воззрению и количество желез в эндометрии должно было-бы быть более или менее определенным, на самом же деле оказалось, что богатство слизистой железами индивидуально, что даже в различных участках слизистой оболочки матки и в различных возрастах количество желез имеет значительные колебания в пределах физиологических границ. Так, например, в дне матки и на передней и задней стенках ее желез гораздо больше, чем на боковых стенках, причем количество их резко уменьшается по направлению к orificium internum. Кроме того уже одно то обстоятельство, что расстояние между железами меняется в связи с различными моментами каждой отдельной фазы, указывает на то, что оно не может быть стойким, фиксированным. С одной стороны разнообразие переходных картин в циклических изменениях эндометрия так велико, что перечислить все формы и строго установить границы нормального совершенно невозможно, с другой стороны переход нормального количества желез к увеличенному в случаях патологических совершается так постепенно и незаметно, что уловить разницу между нормой и патологией не представляется возможным. В таких случаях всецело зависит от суб'ективного впечатления исследователя к какой категории отнести ту или иную картину.

Чрезвычайно интересным является тот факт, что железистые эндометриты старых авторов по мнению Hitschmann'a и Adlera'a именно endometritis glandularis hypertrophica et hyperplastica обязаны своим возникновением исключительно благодаря неправильному толкованию гистологической картины слизистой оболочки матки в предменструальном периоде.

По общему представлению количество решотчатых волокон в эндометрии очень скудно; прежде их находили с большим трудом, при чем их местонахождение прежние авторы описывали главным образом вблизи сосудов. И действительно при обыкновенных методах обработки тканей они или совсем не видны, или видны очень неясно. При обработке же серебром по способу Бельшовского можно легко убедиться в существовании большого количества тончайших волоконец, которые как-бы спускаются из миометрия в эндометрий и представляются настолько многочисленными, что кажется будто они заполняют большую часть мукозы; они опутывают железы целыми сетями, следуют за сосудами, наконец, поднимаются к поверхности слизистой переплетаясь во всевозможных направлениях и образуя густую сеть. Каждое волоконце этой сети связано одним своим концом с соединительнотканной клеткой стромы, так что, по видимому эти волоконца являются составными частями этих клеток.

Решотчатая основа слизистой оболочки матки была установлена Hörrmann'ом в 1907—8 и позднее Schröde'ом однако этим авторам не было известно об отношении ее к циклическим изменениям и только в 1913 году появилась в печати работа японского исследователя Sekiba, в которой имеются исчерпывающие данные о судьбе решотчатой системы волокон в течение периодических изменений эндометрия. Sekiba оперировал большим материалом около 270 случаев, среди которых были соскобы слизистой и удаленные оперативным путем внутренние женские половые органы.

В каждом отдельном случае была исследована слизистая матка в отношении ее циклического метаморфоза. Кусочки фиксировались частью в 10% формалине, частью в 70⁰ спирту. Для контроля были

взяты кусочки из детской матки, матки новорожденных девочек и старух.

Из спирта кусочки заливались в параффин и красились гематоксилин-эозином, по Von-Gieson'у, а для обнаружения плазматических клеток по Pappenheim-Unna. Из формалина об'екты раскладывались на срезы на замораживающем микротоме и импрегнировались серебром по способу Bielschowsky'ого; и в том и в другом случае решетчатая система волокон видна очень ясно. При изучении многочисленных об'ектов оказалось, что во время менструации компактный слой слизистой вместе со своей решетчатой основой подвергается некробиозу и отторгается с тем, чтобы в постменструальном стадии возродиться вновь. Обычно после окончания менструации, начиная со 2-го дня в регенеративном слое появляются сперва отдельные тоненькие нежные волоконца, которые красятся очень бледно, причем характерно то, что по мере приближения к глубоким слоям слизистой окраска волоконец становится все более интенсивной. С каждым последующим днем решетчатая сеть становится все гуще, пока наконец к 15-му дню после менструации приобретает такой же вид, как и в глубжележащих слоях эндометрия. Отсюда вывод, что наличие молодых слабо красящихся волоконец в регенеративном слое свидетельствует о том, что данная слизистая недавно менструировала и подверглась некробиозу,—и действительно, в контрольных кусочках, точно также в случаях хронической аменорреи решетчатая основа поверхностного слоя слизистой ничем не отличалась от таковой глубоких частей мукозы. Еще Rössle и Ioschida заметили что волоконца относительно молодого происхождения слабо красятся и вовсе не импрегнируются серебром; на этом основании Sekiba полагает, что эти волоконца являются продуктом дифференциации веретенообразных соединительно-тканных клеток стромы, которые тоже не поддаются обработке серебром. Им замечено также, что чем интенсивнее и жизнеспособнее регенерация, тем волоконца красятся слабее,—при медленной и вялой регенерации наблюдается обратное.

Что касается лимфоидных элементов, то их находят между петлями мукозы в виде скоплений небольшими кучками круглой или овальной формы; эти клетки почти сплошь выполнены ядром, или ядро окружено небольшим ободком протоплазмы. Эти скопления резко отграничены от окружающих тканей и располагаются преимущественно вблизи мышечного слоя, в предменструальном периоде количество их резко увеличивается в окружности сосудов.

При малом увеличении они хорошо видны благодаря интенсивной окраске и очень напоминают фолликулы аденоидной ткани, что побудило некоторых исследователей (Ruge, Nagel и др.) отнести слизистую оболочку матки к лимфоидной ткани подобно слизистой тонких кишек.

Вышеприведенные циклические изменения эндометрия позволяют нам сделать вывод, что каждая фаза все больше и больше приближает слизистую оболочку матки к свойствам deciduae, то-есть к ткани наиболее подготовленной в восприятию оплодотворенного яйца.

В настоящее время мы знаем, что менструация не есть самостоятельный акт, как полагали до сих пор, а что она представляет лишь частичное явление циклического метаморфоза слизистой; мы знаем также, что менструация немыслима без предшествующего подготовительного периода и что она наступает только в том случае, если не произошло внедрения оплодотворенного яйца.

К сожалению до сих пор не выяснена судьба ресничного аппарата эндометрия во время предменструального стадия. Движение мерцательных волосков происходит как известно, по направлению к orificium internum; для сперматозоидов это движение не служит пре-

пятствием для их проникновения в полость матки, так как они сами обладают активным движением. В другой плоскости стоит вопрос относительно оплодотворенного яйца,—движение ресничек может свободно выбросить его из полости матки. Но так как этого в действительности не происходит, то надо полагать, что движение ресничек в предменструальном периоде, то-есть в момент, когда может произойти внедрение яйца, или совершенно прекращается, или же происходит временная потеря ресничек в мерцательном эпителии.

Выяснение вопроса о нормальном строении слизистой оболочки матки имеет огромное значение с точки зрения патологической анатомии, так как оно дает нам возможность избежать многих ошибок при суждении о патологическом характере изменений в эндометрии, кроме того перед нами возникает задача более тщательного исследования сущности микроскопических изменений при эндометритах, патолого-гистологическая картина которых представляется далеко не всегда ясной.

В заключение считаю долгом выразить мою искреннюю благодарность глубокоуважаемому профессору И. Т. Титову за предоставленную тему и ценные указания в настоящей моей работе.

Литература:

1. Monatsschrift fúr Geburtshilfe und Gynäkologie 1907. Hitschmann und Adler „Der Baú der Uterusschleimhaut des geschlechtsreifen Weibes.. “

2. Archiv für Gynäkologie 1923 Dr. Sekiba „Zur Morphologie unb Histologie des Menstruationscyklus“

3. Archiv für Gynäkologie 1915 R. Schröder „Anatomische Studien zur normalen und pathologischen Physiologie des Menstruationscyklus“.

4. Pathologische Anatomie II Bd. Aschoff L.

5. Основы Гистологии и Эмбриологии П. А. Полякова.

6. Краткий курс Микроскопической диагностики в гинекологии К. П. Улезко-Строгановой.

7. Патологическая Гистология Женской Половой Сферы, Курдиновского.

„Два случая chorion-epithelioma malignum".

(Из Патолого-Анатомического Института Белорусского Университета Директор-профессор И. Т. ТИТОВ).

Ассистента д-ра В. Ф. Червакова.

Злокачественная хорион-эпителиома является редкой находкой на секционном столе. Это обстоятельство, с одной стороны, а также разнообразие анатомической и в особенности клинической картины при поражении органов злокачественной хорион-эпителиомой, с другой стороны, побудили меня описать два случая этого новообразования, обнаруженные мною при производстве аутопсий в Патолого-анатомическом Институте БГУ. Новообразование это, впервые описанное Marchand'ом и Никифоровым, являлось постоянно интересующей темой для клиницистов и паталого-анатомов, и в настоящее время мы можем отметить живой интерес к изучению этого новообразования, свидетельством чему являются многочисленные работы во многих периодических изданиях как в русской, так преимущественно и в иностранной медицинской прессе. Несмотря на массу работ, посвященных изучению х.-е-мы, этиология и генез ее в настоящее время представляются маловыясненными и изученными. Каждый новый случай хорион-эпителиомы вносит новые факты в наше представление о ней. Вот это последнее обстоятельство, а также своеобразность наблюдавшихся мною случаев в свою очередь дают мне повод к их описанию.

Случай 1-й. Клицунова Александра, 26 лет крестьянка.

Регулы с 16 лет, безболезненные, с промежутками через месяц, средние. С первыми родами характер менструаций изменяется: они продолжаются неделю, обильные и болезненные Родила 4-х детей, все роды и послеродовой период протекали нормально. Последние роды 27 мая 1924 года. Неделю после родов пролежала в постели—было сильное кровотечение. После этого больная, почувствовав улучшение, стала работать. Поработав несколько дней, и, по словам больной, промокнув под дождем, она снова слегла в постель с повышенной температурой и с болями в правой половине живота, пояснице и правой ноге Появились частые и сильные боли к концу акта мочеиспускания. Еще несколько дней спустя появилось кровотечение приблизительно около 15-го июня. Больная все время лихорадила и чувствовала сильные головные боли. 14-го августа больная поступила в акушерско-гинекологическую клинику. Больная среднего роста, среднего питания, видимые слизистые оболочки весьма бледны; тоны сердца чисты. Пульс 102 в 1'. Легкие без особых изменений. Живот при пальпации болезненен в правой стороне. Наружные половые органы без изменений. Матка в anteflexio, плотна, несколько увеличена, придатки без изменений, из vagina гнойное выделение. При повторном внутреннем иследовании (18/УIII) шейка цела, зев закрыт, матка в anteflexio—versio, увеличена до об'ема кулака взрослого, мягковата, слегка болезненна при надавливании на левый свод При следующем внутреннем исследовании (1/IX) матка увеличена, в anteversio-flexio, немного отклонена вправо

от средней линии; справа от матки прощупывается опухоль величиною в кулак, подвижная и малоболезненная; слева от матки—тоже опухоль, тянущаяся от матки кверху доходя до sp. ossis ilei ant. sup., слегка подвижна и чувствительна. За первые две недели пребывания в клинике в истории болезни кратко отмечаются слегка интермиттирующая температура, плохое самочувствие, жалобы на боли в животе, боли в пояснице, боли в области лонного сочленения и запоры. 30 августа появилось кровотечение. 2/IX-Т-37,2°-37°.Р-96. Сильные боли внизу живота, живот вздут, чувствителен в области придатков с обоих сторон, запор. Со стороны сердца при аускультации—шум над верхушкой. 4/IX-Т-37,7°-36.7°. Пульс-120. Небольшая отечность ног, живот вздут. Во время стула вышло несколько аскарид. При выслушивании легких: слева на уровне лопатки выдох, внизу по задней подмышечной линии крепитирующие хрипы. При аускультации сердца—шум над верхушкой, акцент второго тона на art. pulmonalis. Общая слабость, кашель, в мокроте временами кровь. 6/IX-Т-38, 2°-39°. Пульс 120, слабого наполнения. Общее состояние плохое, боли в области сердца, боли в нижней правой части живота. Со стороны сердца шум над всеми клапанами, акцент на art. pulmonalis.Легкие хрипы в левом легком под нижним углом лопатки. Живот вздут.

8/IX Пульс 130. Отеки ног и наружных половых органов. Живот вздут, язык влажный, слегка обложен. Несколько раз была рвота. Со стороны легких и сердца—idem. Исследование мочи: Реакция резко-кислая, много белка, сахара нет; в осадке отдельные клетки почечного эпителия, зернистые цилиндры и много гнойных клеток. 9/IX-Т-38°. Пульс 140, слабого наполнения. К вечеру состояние больной резко ухудшилось, пульс не прощупывается, Чейн-стоксово дыхание; в 7 часов 15 минут—смерть при явлении остановки дыхания и сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Septicaemia, sacto-salpingitis bilateralis, endometritis. Phiebitis.

Аутопсия 10/IX-1924 г. При наружном осмотре бросается в глаза резкое увеличение в об'еме правой ноги по сравнению с левой, резковыраженная отечность наружных половых органов, отеки нижних конечностей, резкая бледность кожных покровов с землистым оттенком. Грудобрюшная преграда справа в третьем межреберном промежутке, слева на четвертом ребре. При вскрытии грудной полости в обоих плевральных мешках обнаружена прозрачная, желтоватая серозная жидкость; в правом около стакана в левом несколько более полустакана. Оба легкие свободны. На боковой и передней поверхности правого легкого — многочисленные плотные узлы серовато-белого цвета величиною от горошины до волошскаго ореха. На разрезе легкого отмечаются гиперемия и отечность легочной ткани, а также несколько узлов плотной консистенции сероватого цвета величиною в лесной орех. На наружной поверхности левого легкого — рассеянные мелкие сероватые узлы. В самой легочной ткани узлов не найдено. В полости околосердечной сумки около трех столовых ложек желтоватой серозной жидкости. Сердце не увеличено, клапаны его склерозированы, мышца сердца мутна. Печень увеличена раза в два против нормы, тестоватой консистенции; на верхней а также местами на нижней ее поверхности расположены многочисленные желтовато-серые узлы довольно плотной консистенции диаметром в 15 коп. серебряную монету и более. Ткань печени на разрезе желто-бурого цвета. Селезенка увеличена, плотна, на разрезе рисунок ее сглажен. Кишечник вздут и переполнен газами. В подвздошной кишке на расстоянии одного метра от Баугиниевой заслонки — плотный узел, выдающийся в просвет кишки буроватого цвета величиною в серебряный двугривенный. В стенках

тонких кишек многочисленные мелкие серовато-розоватые узелки. Правая почка сильно увеличена, конфигурация ее изменена. Вертикальный диаметр ее равен 21,5 сант., и поперечный — 8,5 сант. в нижней половине и 12 сант. в средней части почки; вес почки 1007 грамм. Pelvis renalis сильно расширен, имеет неправильную мешкообразную конфигурацию. Нижняя половина почки темно багрового цвета, напомнает по внешнему виду кровяной сгусток. На разрезе почки у верхнего ее полюса в измененной почечной ткани — узел опухоли диаметром в серебряную 15 коп. монету, серо-красного цвета, плотный наощупь. В нижней расширенной части почки находится второй узел опухоли темно-вишневого цвета величиною в гусиное яйцо с размягченным центром, со следами обильного кровоизлияния. Левая почка тоже увеличена, длинник ее равен 15 сант.; в средней части ее, занимая центральное расположение, находится узел опухоли темно-красного цвета величиною в небольшой мандарин. Матка слегка увеличена в об'еме, стенки ее утолщены На эндометрии темно-бурого цвета неправильной формы полипозного типа образования рыхлой консистенции. Яичники увеличены и деформированы. В обоих сторонах в области яичников расположены гроздевидные кисты величиною в кулак взрослого, при чем правая из них несколько больше левой. На разрезе кисты имеют дольчато-камерный тип строения и наполнены муциноподобной жидкостью. В стенках влагалища плотные разлитые инфильтраты. Со стороны мочевого пузыря и уретры особых патологических изменений нет.

Патолого-анатомический диагноз: Chorion-epithelioma malignum uteri. Metastases tumoris ad pulmones, hepar, renes, intestinum et vaginam. Cystoadenomata ovarii utriusque. Thrombosis venae femoralis dextrae. Degeneratio parenchymatosa organorum. Septicaemia.

Случай второй У. М. 34-х лет. Крестьянка, замужем 15 лет, имела шесть срочных родов, каждые продолжались по трое суток. Двое детей родились доношенными, но неживыми; один в 1914 г., другой в 1920 г. Последние роды в апреле 1924 г. Через шесть недель после родов было сильное кровотечение, по поводу чего приглашенный местный врач произвел операцию (удалил остатки последа). После этого кровотечение несколько уменьшилось Несколько дней спустя у больной поднялась температура, вследствие чего больная прибыла в клинику (14/VI-24 г.). Больная среднего роста, правильного телосложения, кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтовато-бледного цвета. Границы сердца в пределах нормы. При выслушивании сердца-систолический дующий шум у верхушки. Лицо отечно. Язык обложен. Наружные половые органы без особых изменений. Из vagina выделяется в большом количестве гнойное отделяемое с неприятным запахом. Матка увеличена и болезненна. За период времени с 20/VI по 1/VII в истории болезни отмечается: плохой сон, боли в левом боку, слегка интермиттирующая температура, ознобы, головные боли и гнойные выделения. 5/VII — кровотечение. 8/VII — сильное кровотечение, по поводу которого больной произведена abrasio uteri.

Из матки удалено много приросших кусочков последа (микроскопического исследования соскоба произведено не было). Тампада. На третий день после выскабливания—живот мягкий не болезненный, выделения без примеси крови. 12/VII — живот мягкий, болезненность в правом паху. На восьмой день после операции больная выписана из клиники в улучшенном состоянии. Ровно через месяц больная в чрезвычайно-тяжелом состоянии поступила в терапевтическую клинику. Жалобы на общую слабость, одышку, отсутствие аппетита, боли в правом боку и в области живота. По словам больной у нея после выскабливания в течение 4-х недель были кровянисто-гнойные выделения. Пульс 130. Со стороны сердца особых изменений нет. В правом легком ослаблен-

ное дыхание. Асцит. Печень резко увеличена книзу. Селезенка не прощупывается. 17/VIII — понос, одышка, кашель с кровянистой мокротой. 18/VIII — анализ мочи: уд. вес-1010, реакция кислая, белок, сахар, уробилин, индикан — отсутствуют. В осадке: единичные лейкоциты, много клеток плоского эпителия и обломки зернистых цилиндров 20/VIII — пробный прокол плевральной жидкости 140,0, уд. веса—1012, белка 1,49%, в осадке много клеток эндотелия и в небольшом количестве лейкоциты. 21/VIII — пульс 118, на основании грудины слышен шум трения перикарда. В левом легком — притупление сзади, начиная с пятого ребра. 23/VIII — во втором межреберьи отступя пальца на два от грудины шум трения плевры. 26/VIII — пульс-104, резкая общая слабость. При перкуссии в левом легком притупление в нижней доле на всем ее протяжении, там же бронхиальное дыхание. 27/VIII — на протяжении пространства Traube тупость; в правом легком сзади на уровне середины лопатки крепитирующие хрипы. 30/VIII — Exitus. Клинический диагноз: Pericarditis, pleuritis exudativa.

Вскрытие—31/VIII—24 г. Кожные покровы резко бледны, со слегка желтушным оттенком. Лицо одутловато, живот вздут. При вскрытии брюшной полости в малом тазу обнаружено около 3-х стаканов мутной жидкости. Стояние диафрагмы справа на пятом ребре, слева в 5-м межреберьи. В левой плевральной полости больше литра желтоватой серозной жидкости, в правой—такая же жидкость в количестве около стакана. Левое легкое сильно сморщено и представляется резко спавшимся. На его передней поверхности, прорастая легочную и костальную плевру, находится плотно-спаянный с подлежащими стенками грудной клетки узел опухоли темно-красного цвета, дряблой консистенции величиною в большое яблоко. По боковой и передней поверхности левого легкого рассеяны многочисленные узлы серо-красного цвета, плотные, величиною в лесной орех и больше. Правое легкое свободно. На передней боковой его поверхности множественные серовато-красные узлы величиною от горошины до голубиного яйца В полости околосердечной сумки около стакана серозной желтоватой жидкости. Мышца сердца дрябла, инфильтрирована жиром, брюшина мутна. Со стороны печени, селезенки и почек особых патологических изменений не отмечается. Матка увеличена в об'еме до величины большого апельсина. В fundus uteri ближе к устью левой трубы имеется перфорационное отверстие с темными дряблыми краями, свободно-пропускающее толстый зонд. В утолщенных стенках матки несколько плотных узлов темно-красного цвета. Слизистая оболочка матки разрыхлена, буровато-черного цвета. В просвете матки темный ихорозный распад. Со стороны шейки и влагалища особых изменений не отмечается. Патолого-анатомический диагноз: Chorion—epithelioma uteri malignum. Metastases tumosis ad pulmones et sternum. Perforatio uteri. Endometritis ichorosa. Peritontis. Hydrothorax et hydropericardium. Adipositas cordis. Degeneratio parehpymatosa organorum. Septicaemia.

В обоих разбираемых нами случаях чрезвычайно много общего как в смысле клинического течения, так и в смысле патолого-анатомической картины. Как в том, так и в другом случае заболевание наступило после нормально-протекавшей беременности и срочных родов и болезнь носит одинаково злокачественный галопирующий характер, приводящий к летальному исходу на 4-м месяце после родов. В обоих случаях множественные крупные по величине легочные метастазы, обусловливающие распад ткани и осложненные легочными кровотечениями. В клинической картине за последние две недели до смерти в обоих случаях ремиттирующая, септического типа температура и профузные маточные кровотечения, характерные, вообще, для хорионэпителиомы. При внимательном микроскопическом обследовании в

обоих случаях можно констатировать, что узлы новообразования резко отграничены и ясно отличаются от паренхимы пораженных органов по своему цвету и консистенции. Во многих метатастических узлах внешний их вид напоминает организовавшиеся кровоизлияния. Гистологическая обработка кусочков опухоли производилась нами после предварительного оплотнения обычными способами путем заливки в смесь Альтмана и целлоидин. Окраска срезов гематоксилин-эозином и по Van-Gieson'y.

Изучение микроскопических картин пораженных органов приводит нас к заключению, что цито-архитектура и общая микроскопическая картина материнской опухоли отличается от таковой метастазов. Срезы матки производились через всю толщу стенок матки и опухоли; в таких срезах мы можем отметить, что внутренний слой узлов новообразования, обращенный в полость матки, состоит преимущественно из переплетающихся тяжей фибрина, петли которого заполнены элементами крови с незначительным содержанием здесь элементов опухоли. В маточных очагах опухоли мы не наблюдаем типичности строения свойственной хориальному эпителию первых стадий беременности. Как во внутренном слое, так и в подлежащих слоях узлов опухоли резко бросаются в глаза очаги кровоизлияния. Местами кровоизлияния так обильны, что совершенно тушируют гистологическую картину опухоли и сами кровяные очаги резче заметны, чем составные элементы новообразования. Оба составляющие новообразования компонента т. е. протоплазматические массы синцития и лангхансовские клетки имеются на лицо. Клетки Лангханса представляются четко отграниченными полигональными клеточными элементами с прозрачной протоплазмой и относительно большим митотически делящимся ядром. Они не выступают на срезах в виде компактных тяжей или больших гнезд, но представляются в виде изолированных клеток различной величины и формы, среди которых преобладают атипически группирующиеся одноядерные элементы. Синцитий в препаратах представляется в виде весьма разнообразных, неясно отграниченных протоплазматических масс, беспорядочно разбросанных то в виде ядроносных лент, то в виде отдельных полос, местами извилистых и соединенных друг с другом. Местами синцитий образует как бы отростки между скоплениями клеток Лангханса. Протоплазма синцития носит по преимуществу зернистый тип строения, но в отдельных участках является гомогенной и кое где сетчатой. В некоторых полях зрения протоплазматические цуги синцития кажутся волокнистыми и содержат целые скопища резко красящихся гематоксилином ядер различных по своей форме и величине. В срезах через всю толщу стенок матки наблюдается диффузное прорастание элементов синцития в окружающую мышечную ткань. На препаратах также ясно можно проследить распространение элементов опухоли вдоль кровеносных сосудов и проникновение их в просвет последних. В мелких сосудах матки вся эндотелиальная стенка бывает замещена синцитиальными клетками или даже встречаются отдельные островки лангхансовских клеток, кольцом охватывающих сосуды. В разрушении стенок сосудов матки принимают участие как клетки Лангханса, так и элементы синцития. В просветах некоторых поперечно-перерезанных вен наряду с эритроцитами мы встречаем клетки Лангханса. Микроскопическая картина легочных метастазов характеризуется более обильными кровоизлияниями и наличием меньшего количества хорио-эпителиальных элементов по сравнению с материнской опухолью. В некоторых срезах мы находим сплошную мелко-петлистую сеточку фибрина, петли которой переполнены эритроцитами. Кое где встречаются более гомогенные тяжи фибрина, красящиеся эозином в ярко-розовый цвет. Местами попада-

ются некротизированные участки с полным отсутствием окрашиваемости ядер. На этом сплошном фоне кровоизлияния как бы случайной находкой попадаются то изолированные, то небольшими неоформленными группками крупные полигональные различной величины клетки Лангханса с крупными ядрами и хорошо выраженными митотическими фигурами в них. Синцитий во многих полях зрения совершенно отсутствует. В других местах он встречается, но в довольно ограниченном количестве и носит по преимуществу мелко-зернистый или волокнистый тип строения.

Необычайная пестрота и разнообразие микроскопических картин хорион-эпителиомы, описываемые различными авторами, говорит о еще недостаточной изученности этого новообразования. Самый спор о номенклатуре этого новообразования является характерным в этом смысле. Как известно, термин хорион-эпителиома был впервые введен Никифоровым 1896 г. До этого времени и после многими гистологами предложен целый ряд самых разнообразных названий. Так, например, в некторых учебниках и отдельных монографиях Х. Э. именуются как sincithioma, deciduoma malignum, sarcoma deciduo cellulare, epithelioma ecto-placentare, carcinoma placentae, carcino-sarcoma и т. д. и т. п. Бурдзинский в своей дисссертации перечисляет около 23-х наименований. Этиология и гистогенез Х.-Э-мы ставит пред нами необычайно тяжелую и трудно-разрешимую загадку). Общеизвестным фактом является то, что хориальная инвазия является спутником нормальной беременности в особенности в первой ее половине. По Пожарискому почти при каждой беременности наблюдается доброкачественная инвазия элементов хориального эпителия и даже целых ворсин, заносимых в сосуды легких, но разростание это в норме ограничено и эмболизированные клетки обычно гибнут. С другой стороны мы знаем также, что громадная пролиферационная энергия, способность к деструкции, способность к проникновению в материнские сосуды и, наконец, способность противодействовать свертыванию крови, словом все, что составляет злокачественность Х. Э-мы, одновременно является свойством молодого хориального эпителия. Мнения, почему из клеточных элементов, обычно сравнительно невинных и в норме бесследно рассасывающихся, возникает злокачественное новообразование, резко расходятся. Некторые авторы, как Hitschman, высказывают сомнение вообще в происхождении Х. Э-мы после нормальных родов. По Riesel'ю же от 22 до 28% Х. Э-мы возникают после нормальных родов. Оба наших случая говорят против утверждения Hitschman'a. Одной из главнейших и особенно частой причиной Х. Э-мы является пузырный занос. Пузырный занос предшествует Х. Э-ме по:

по Ladinski 39%	по Riesel . . . . 36—41%
„ Kehrer . . . 33—40 „	„ Kroemer . . . . 33⅓ „
„ Eierman . . . . . 50 „	„ Hitschman и
„ Teacher . . . . . 36 „	„ Cristofoletti . . . 44%

По мнению Aschoff'a пузырный занос в особенности его деструирующая форма стоит на границе с злокачественностью. Некоторые же авторы считают пузырный занос за доброкачественную Х.—Э-му. Надо думать, что существует целый ряд переходных форм между названными заболеваниями. Важным этиологическим моментом возникно-

вения Х.-Э-мы является аборт. По Riesel'ю 31—33% случаев Х-Э-мы падает на аборты. Как я уже упомянул, до последнего времени не существует определенного решения о причинах Х.-Э-мы; существуют многочисленные теории, так или иначе освещающие этот вопрос. Ribbert u Schlangenhaufer считают, что в этиологии Х.-Э-мы важную роль играет отрыв эпителиальных элементов от соединительно-тканной основы и вытекающее отсюда нарушение питания их. Schmorl об'ясняет это первичными аномалиями хориального эпителия. Лангханс считает первопричиной—смерть зародыша и об'ясняет разростание хорио-эпителиальных клеток нарушением питания в силу отсутствия зародышевого кровообращения. По Marchand'y центр тяжести находится в изменении условий питания, почему клетки хориального эпителия приобретают большое значение, гиперпродукции лютэиновой ткани и появлению лютэиновых кист в яичнике, что другие считают не причиной, а следствием. Многие авторы видят причину Х.-Э-мы в расстройстве циркуляции, а по Кворостанскому оно кроется в изменении состава крови. Важным фактором возникновения Х.-Э-мы надо несомненно признать защитную реакцию со стороны самого организма.

Благодаря серологическим исследованиям Krause, Jschiwara и Liepman'a надо считать твердо установленным, что нормальная кровяная сыворотка беременных женщин in vitro способна растворять фетальные клетки. Организм, таким образом, предохраняет себя от вторжения зародышевых клеток, растворяя их. Элементы фетальной инвазии без сомнения нарождаются вновь, в то же время когда наиболее старые из них растворяются (синцитиолизины). Liepman в 3-х случаях установил весьма интересный факт, что сыворотка женщин, больных Х.-Э-мой, таковыми растворяющими способностями не обладает и зародышевые элементы остаются in vitro не растворенными. Вместе с тем эта сыворотка лишена способности синцитиолиза. Liepman делает из этого наблюдения следующий вывод: „сущность Х.-Э-мы заключается в отсутствии в крови таких веществ, каковые в норме растворяют зародышевые элементы и только при отсутствии таких биологических свойств крови и тканевых соков возможен такой злокачественнный рост хориальных элементов в организме". Последняя теория возоикновения и развития Х.-Э-мы в организме прекрасно об'ясняет сампроизвольное исцеление и обратное развитие метастазов, главным образом легочных. В литературе, преимущественно немецкой, опубликованы случаи самопроизвольного исчезания метастазов этой опухоли во внутренних органах. Факт исчезания крупных метастазов, например в легких, представляют из себя удивительное явление, присущее только Х.-Э-ме. Так известен целый ряд случаев, где оперативное вмешательство, произведенное в безусловно пораженной ткани, привело все-таки к полному исцелению и в особенности интересными являются те из них, где полное выздоровление наступило несмотря на значительные иноперабильные метастазы в легких. К первой категории надо отнести случаи: Marchand'a, Fleischman'a, Langhansa, Noble, Burger'a и Богданова. К второй категории, где несмотря на метастазы в легких наступило полное исцеление, назову случаи: Chrobak'a, Franque, Kissel-Zagorjansk'oro и Фраткина.

Согласно своему гистогенезу Х.-Э-ма чаще всего поражает те органы, где первично прикрепляется яйцо, или те органы, в которые попадают эпителиальные элемеметы хориона. Чаще всего встречается Х.-Э-ма в матке. Более редкой находкой первичная Х.-Э-ма является в Фаллопиевых трубах при тубарной беременности. Еще реже встречаются эктопические формы Х.-Э-мы, при которых узлы новообразования имеются в различных органах женщины без первичного очага на месте приклепления яйца. Х-Э-ма не представляет собою

специфического новообразования для женского организма, сопряженного обязательно с беременностью. Она может возникать и в различных органах мужского организма. Власов нашел среди 12-ти случаев новообразований яичка в коллекции Московского Паталого-анатомического Института 3 случая типической Х.-Э-мы. Pick, Kroemer и Doderlein находили Х.-Э-му в яичниках у женщин, никогда не бывших беременными. Bostroem'ом описан случай первичной Х.-Э-мы мозга у 30-летнего мужчины, а известный швейцарский патолого-анатом Askanazy описал случай несомненной Х.-Э-мы gl. pinealis у 19-летнего мужчины. Румынскиим анатомом Titu Vaszilin в 1924 году описан случай многочисленных узлов Х.-Э-мы у солдата, при чем первичный узел опухоли находился на поясничных позвонках, а метастазы опухоли в легких, печени, селезенке и правой почке. Hornike описал случай злокачественной Х.-Э-мы яичка, при чем этот автор полагает, что Х.-Э-ма у мужчин возникает из тэратом и при том из зародышевых эктодермальных элементов. Существуют и другие теории возникновения Х.-Э-мы у мужчин, но ни одна из них до настоящего времени в надлежащей полноте не освещает данного вопроса.

Случай проказы.

(Из клиники кожных болезней Б. Г. У. Дир. проф. В. Ю. Мронговиус).

Ассистента С. К. Розенталя.

К настоящему сообщению меня побуждает общепринятое, но вероятно неправильное представление об исключительной редкости проказы в Белоруссии, а также своеобразное в данном случае клиническое течение, представляющее большое сходство с злокачественным сифилисом и послужившее причиной того, что в течение 3-х лет болезнь оставалась нераспознанной.

Что касается частоты проказы в Белоруссии, то по сведениям Н. К. З описываемый случай является пока первым, зарегистрированным в Советской Белоруссии. Думается, однако, что это надо понимать в том смысле, что данный случай является лишь первым распознанным, но далеко не единственным в действительности. К такому предположению приводят статистические данные прошлых лет, помещенные в ст. В. Мамонова [1]) о географическом распределении проказы в России, причем, надо указать, что эти данные взяты из официальных отчетов о состоянии народного здравия и можно думать поэтому, что они стоят ниже действительных цифр.

В таблице № 1 приведены сведения о движении числа прокаженных с 1884—1895 г. и с 1902—1914 г. [2]) по Витебской, Минской и Могилевской губерниям.

	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914
Минск. губ.	—	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4
Могилев. губ.	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	с	в	е	д	е	п	и	й		н	е	т	
Витебск. губ.	—	—	—	4	—	2	—	—	—	4	5	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	1
Итого	—	—	1	4	—	2	3	3	—	4	5	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	1	2	5

[1]) Моск. медиц. журнал 1924 г. № 3.

[2]) С 1895—1902 г. сведений нет.

В таблице № 2 приведены данные о числе призываемых, освобожденных в чистую от военной службы по литере „А“ (проказа) за тот же период времени.

	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	Всего.
Минск губ.	2	1	—	—	1	—	2	—	—	2	2	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	14
Могилев. губ.	—	2	—	—	3	1	1	—	1	—	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14
Витебск. губ.	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Итого .	3	3	1	—	4	1	4	—	1	2	5	4	1	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	34

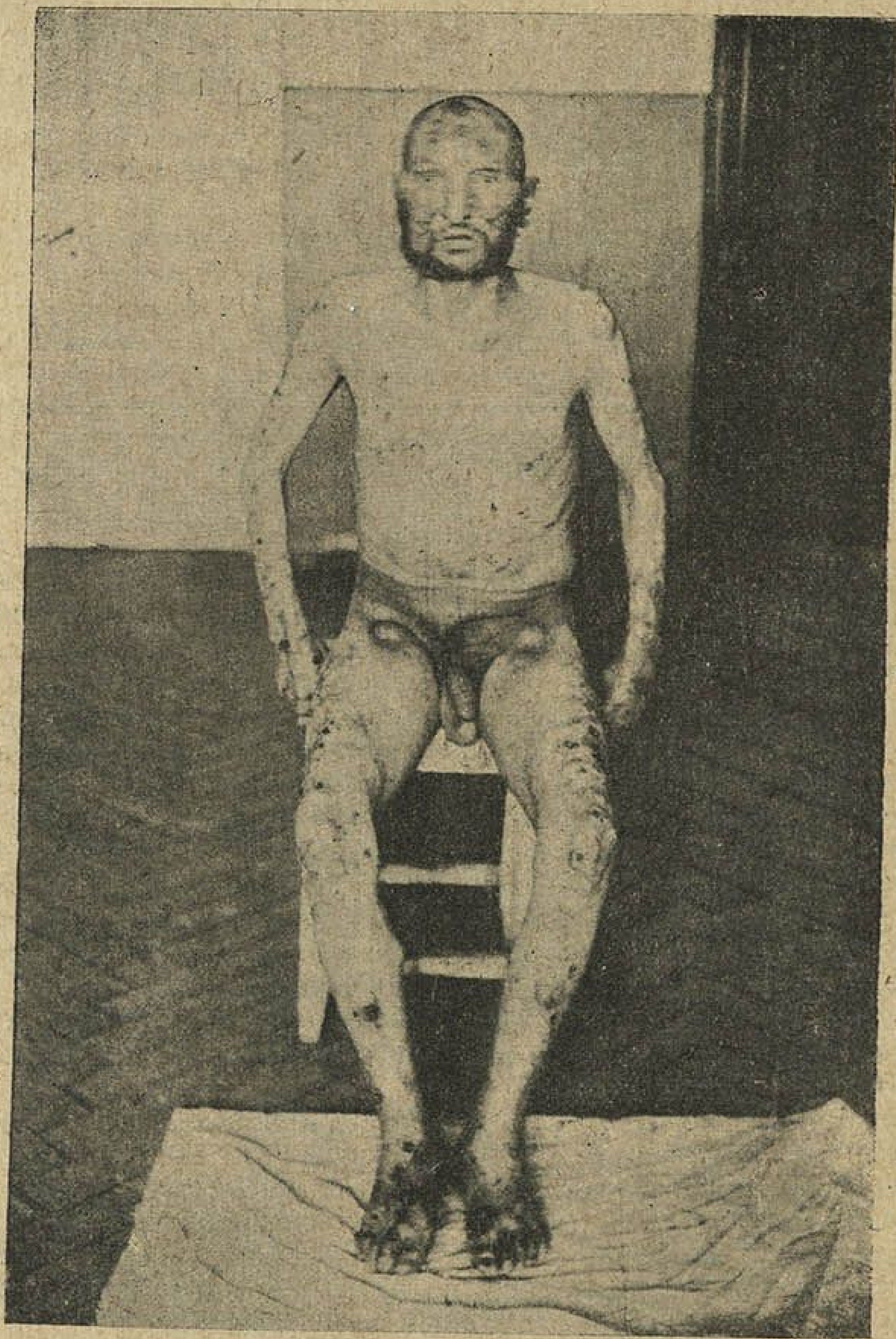
Хотя эти цифры и невелики, они тем не менее убедительно показывают, что в отношении проказы Белоруссия до войны не могла считаться вполне благополучной. Было бы более чем странным, если бы все те случаи, которые раньше имели место, прошли бесследно и совершенно не повели к новым заражениям, особенно в минувшие тяжелые годы, давшим толчек к распространению многих инфекций. Можно считать поэтому, что то, „благополучие“, которое наблюдается сейчас и выражается одним единственным случаем, на самом деле довольно неблагополучно и говорит скорее всего за то, что знакомство врачей с проказой и ее распознавание не стоят еще в Белоруссии на должной высоте. С одной стороны это об‘ясняется быть может тем, что существует предвзятое представление о том, что проказы в Белоруссии вообще нет, а с другой стороны проказа, легкая для диагностики в своих типичных случаях, может представлять большие затруднения в случае атипичных. Описываемый случай в этом отношении очень поучителен.

Больной К., еврей, 48 лет, житель м. Лукомль, Борисовского округа (бывш. Сеннинский уезд, Могилевской губ.) поступил в клинику 6/II—1925 г... Венерическими болезнями не болел, туберкулеза в семье не было. В 1905 и 1908 г. г. на голенях были небольшие из‘язвления, самопроизвольно зажившие. Три года тому назад на предплечьях и бедрах появилась язвенная сыпь, по поводу которой в Витебске была сделана WaR, давшая положительный результат. После курса ртутных ин‘екций и 8 вливаний неосальварсана все явления прошли.

Через год новые высыпания такого же характера, исчезнувшие после специфического лечения. В августе 1924 г. опять появились узлы, быстро нагнаивающиеся и превращающиеся в глубокие язвы, зажившие после одиннадцати ин‘екций Hg. Sal. и 10 вливаний. Через 3 месяца рецидив, заставивший больного обратиться в клинику. При поступлении на коже конечностей, лица и, отчасти, туловища имелись многочисленные размягченные узлы величиной от горошины до каштана и больше, синевато-багрового цвета и мягкой консистенции. Большинство из них распалось и превратилось в глубокие язвы с отвес-

ными краями и сальным дном аналогично тому, как это приходится наблюдать при гуммах На коже груди и живота групповое расположение из'язвлений по типу бугоркового сифилиса. Железы подмышечные, отчасти шейные, и, особенно, паховые значительно увеличены, размягчены, флуктуируют.

(см. рисунок № 1).



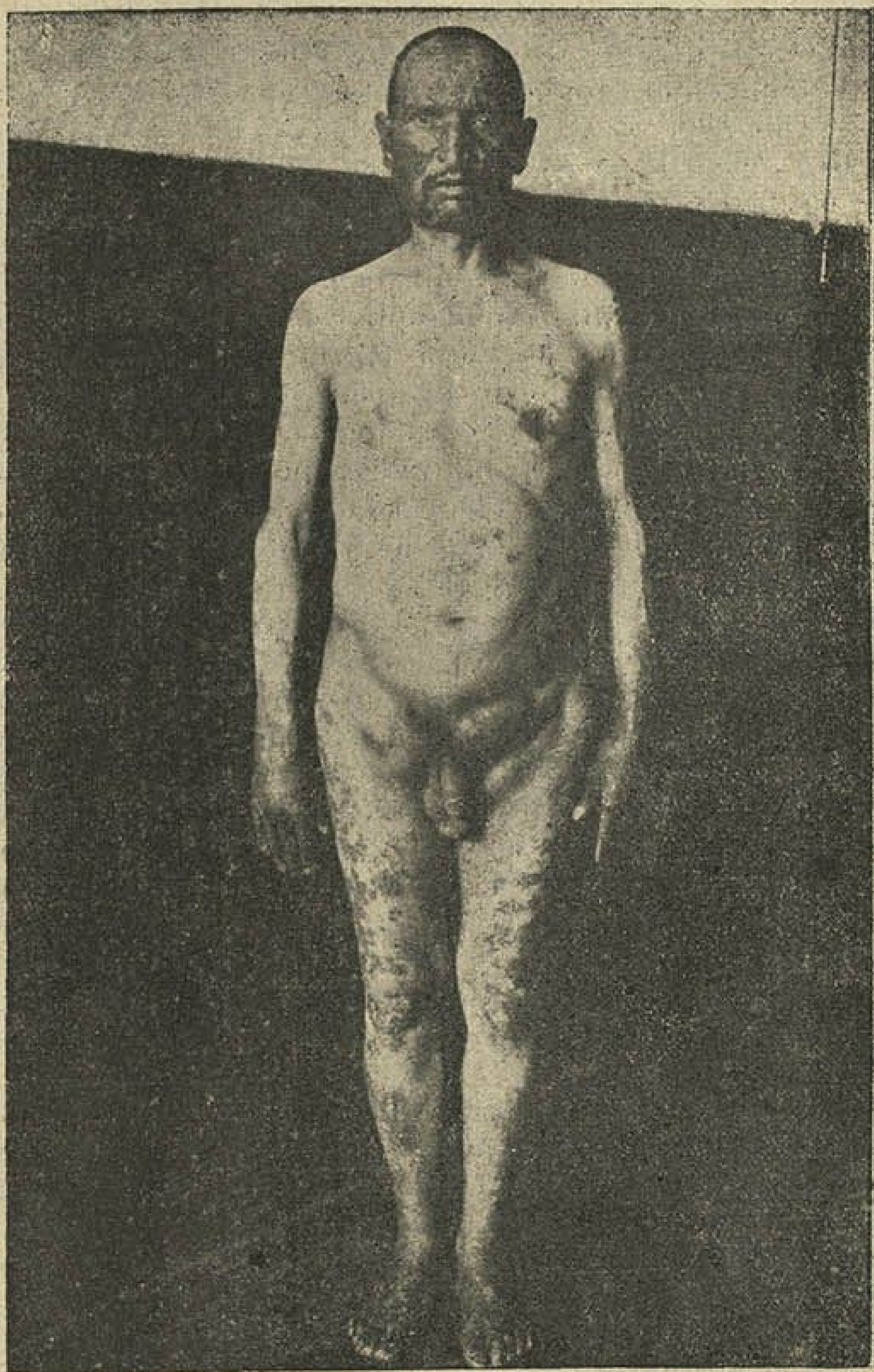
Прободение твердого неба с отверстием величиной в фасоль. Из'язвления задней стенке глотки и мягкого неба. Левосторонняя паховая грыжа. Со стороны внутренних органов—без уклонений от нормы. T° до 38° по вечерам. Общее истощение, сильная слабость.. WaR повторно-отрицательна (12/II, 13/III, 26/III). Луэтиновая реакция (15/III) дала отрицательный результат. Посев гноя из размягченных желез дал на бульоне рост белого стафилококка. На среде Lo'ffler'a и на сахарном агаре роста не было. Исследование гноя размягченных бу-

бонов на присутствии кислотоупорных палочек дало отрицательный результат.

В клинике больной находился до 6/IV и получил за это время 8 вливаний неосальварсана в дозах 2×0,45 и 6×0,6, а также 11 ин'екций 10% Hg. Sal. От дачи иодистого калия пришлось отказаться, так как последнего больной совершенно не переносил, реагируя повышением температуры и сильным общем недомоганием. За время лечения общее состояние резко улучшилось и большинство язв зажило, хотя и во время лечения продолжали появляться новые гнойники. 6/IV выписался по собственному желанию и вновь поступил в клинику 10/VI—1925 г.

При вторичном поступлении имелись явления такого же характера, как и раньше, но с меньшим количеством гнойников, большей плотностью свежих узлов и значительным количеством пигментиро-

Рис. 2.



ванных рубцов на местах бывших из'язвлений. По поступлении больной опять начал специфическое лечение, под влиянием которого имеющиеся из'язвления стали быстро заживать, но тем не менее продолжали появляться новые, а также медленно увеличивались плотные

узлы, расположенные на ушных раковинах, носу, верхнему краю глазниц и предплечьях. Эти плотные не размягчающиеся узлы вызвали подозрение на проказу и побудили исследовать отделяемое небольшой свежей язвочки на мягком небе на лепрозные бациллы, при чем, при окраске по Ziehl-Neelsen'у в мазках действительно было обнаружено большое количество кислотоупорных палочек, расположенных как отдельно, так и большими группами внутри крупных одноядерных клеток. Такие же палочки были обнаружены в значительном количестве в пунктате не размягчившихся лимфатических желез. Помимо этих исследований было произведено гистологическое исследование узелков эксцидированных из кожи левого уха и обоих предплечий, при чем, было обнаружено характерное для лепром строение (богатая сосудами гранулема с значительным количеством клеток Вирхова и гигантских клеток). При покраске срезов по Ziehel-Neelsen'у было обнаружено огромное количество лепрозных бацилл.

Произведенное после установления диагноза детальное исследование кожной чувствительности не дало отклонения от нормы в сфере болевой, тактильной и температурной чувствительности. Из собранных дополнительно анамнестических сведений выяснилось, что больной с 1893 по 1897 г. служил в войсках на Дальнем Востоке, а с 1897 по 1915 г. ежегодно ездил в Ригу в качестве сплавщика леса.

Помимо самого больного я осмотрел на месте (в мест. Лукомль) и его семью, состоящую из жены и 4-х человек детей 12-ти, 14-ти, 17-ти и 20 лет. Ни у кого из них ни на коже, ни на слизистых установить явлений подозрительных по проказе не удалось. При произведенном у всех исследовании носовой слизи, у дочери 17 л. найдены были единичные кислото упорные палочки и гранула, а у сына, 14 л., немногочисленные кислотоупорные гранула. У дочери, 20 лет, помимо исследования носовой слизи, была пунктирована значительно увеличенная подмышечная лимфатическая железа, но в пунктате найти палочек, подозрительных по проказе, не удалось как при окраске по Ziehl-Neelsen'у, так и по Gram-Much'у.

В описанном случае имеется ряд интересных деталей, заслуживающих быть отмеченными.

1) Данный случай должен быть отнесен к бугорковой форме проказы с наклонностью к быстрому распаду узлов, причем нервные явления в смысле расстройств чувствительности кожи отсутствовали совершенно. Быстрый распад и образование многочисленных язв придают нашему случаю атипичный характер и являются при проказе редким исключением Тоже самое надо сказать и о множественных нагноившихся лимфатических железах, что при проказе настолько необычно, что Walker [1]), например, определенно указывает, что железы при проказе хотя и поражаются, но никогда не нагнаиваются.

2) Это обилие язв, представляющих к тому же большое сходство с сифилитическими гуммозными из'язвлениями послужили причиной диагноза злокачественного сифилиса Возможность этой ошибки облегчалась присутствием прободения твердого неба, столь характерного для сифилиса. Но помимо этих явлений в пользу сифилиса говорил и терапевтический критерий: совершенно несомненно, что под влиянием ртутно-сальварсанного лечения все из'язвления неоднократно почти полностью заживали. Наконец, и серологическое исследование не только ие избавляло в данном случае от ошибки, но скорее даже на нее толкало. В этом отношении наш случай ясно показывает всю недостаточность Вассермановской реакции при отличительном распознавании между сифилисом и проказой. С одной стороны положительная вначале WaR была истолкована в пользу сифилиса, хотя, как

[1]) Walker. Болезни кожи.

известно, и при проказе она бывает нередко положительной. С другой стороны отрицательная реакция при диагнозе злокачественного сифилиса не только не говорит против, а скорее *за* этот диагноз.

3) Наш случай интересен в эпидемиологическом отношени. Что касается источника заражения, то больной подвергался возможности заражения на Дальнем Востоке в 1893—97 г и в последующие годы с 1898 г. по 1915 г. при своих ежегодных поездках в Ригу, так как и Дальний Восток и Прибалтика являются очагами проказы. Трудно решить где именно он заразился, так как инкубационный период при проказе, определяемый в среднем по Deycke [1]) от 3—5 лет может затягиваться до 20 лет и больше В анамнезе у больного есть указание на какие то из'язвления, бывшие у него на голенях еще в 1905 и 1908 г. г. и это указание запутывает дело, хотя в общем по срокам вероятнее всего, что он заразился в Прибалтике. За относительно недавнее заражение говорит, пожалуй, и результат обследования семьи больного, давший в общем отрицательный результат. Правда, у одного из членов семьи были обнаружены в носовой слизи кислотоупорные палочки, а у другого кислотоупорные гранула, но к этим находкам необходимо подойти с большой осторожностью по двум причинам: 1) известно, что в носовой слизи могут находиться кислотоупорные палочки у совершенно здоровых людей (Карпинский цит по Абрамову); [2]) 2) если и считать найденные палочки палочками проказы, то это еще не доказывает, что дети больного действительно больны, а не являются лишь бациллоносителями, так как по Römer'у (цитировано по Кедровскому) [3]) у совершенно здоровых суб'ектов, находящихся в тесном общении с прокаженными, возможно найти в носовой слизи палочки лепры.

Во всяком случае необходимо иметь в дальнейшем наблюдение за семьей больного. Хотя заразительность проказы по большинству авторов и не велика, но возможно все же, что через несколько лет мы будем иметь ряд свежих случаев, как в семье больного, так и среди лиц, приходивших с ним в соприкосновение в течение его болезни.

4) Непереносимость к иодистому калию у нашего больного находится в соответствии с подмеченной многими авторами (Danielssen, Siebert, Jadassohn и др.) повышенной чувствительностью прокаженных к препаратам иода Эта загадочная непереносимость наблюдается, правда, не всегда, причем, при бугорковой форме проказы она бывает, повидимому, чаще чем при нервной. Несмотря на непостоянство реакций на иод, она была предложена все же как диагностическое средство еще Danielssen'ом в 1848 году и в случае положительного результата реакции может действительно играть роль при распознавании.

5) Интересно, несомненное в данном случае, благотворное действие ртутно-сальварсанного лечения, выразившееся в быстром заживлении язв и улучшении общего состояния В связи с этим обстоятельством можно указать на хорошие результаты, полученные в нескольких случаях Crooker'ом (цит. по Walker'у) при лечении проказы сулемой, хотя с другой стороны Deycke отрицает пользу ртути и сальварсана при проказе.

Случаи, подобные описанному, представляют в общем большие трудности при распознавании, и допущенная вначале ошибка имеет серьезные оправдания Наблюдавшаяся вначале клиническая картина соответствовала не проказе, а скорее сифилису, хотя, впрочем, обилие

---

[1]) Deycke „проказа“ в руководстве инфекц. болезней Kraus—Brugsch'a.

[2]) Абрамов в руководстве бактериологии Златогорова.

[3]) Кедровский „Проказа“. В руководстве бактериологии Златогорова. Там же подробные указания о литературе.

высыпаний, их быстрое течение, непрекращающееся появление свежих элементов во время лечения, наконец, отрицательная луэтиновая реакция—все это должно было быть учтено как говорящее против сифилиса. Возможность проказы учитывалась и при первом поступлении больного в клинику, но необычная для проказы картина и отрицательный результат исследования гноя на кислотоупорные палочки заставили слишком быстро отбросить эту мысль и остановиться на сифилисе, как более вероятном диагнозе. Наш случай наглядно показывает как важно при подобного рода обстоятельствах не ограничиваться однократным отрицательным результатом исследования, а повторять попытку многократно.

Заканчивая это сообщение, я хочу еще раз подчеркнуть высказанную в начале мысль о том, что проказа в Белоруссии встречается чаще чем это думают. Вопрос о проказе в Белоруссии не привлекал к себе до сих пор интереса врачей, так как считалось, что ее в Белоруссии вообще нет. Думается, однако, что при условии обращения достаточного внямания в этом направлении, сообщения о новых случаях проказы не заставят себя долго ждать.

В ноябре 1925 г. я видел в Минске еще один случай проказы у приезжего, уроженца Ростова н/Д.

У этого больного имелась начальная стадия болезни с беспорядочно разбросанными эпитематозными пятнами на конечностях и туловище, единичными пузырями на туловище и бедрах (pemphigus leprosus) и начинающими формироваться узлами в области надбровных дуг.

Наряду с этими симптомами имелась анэльгезия и терманэстезия большинства пятен и пузырей, а также выраженная терманэстезия дистальных частей конечностей. В пунктате надбровных узлов мною были обнаружены единичные кислотоупорные палочки и гранула.

Интересно, что и этот больной считал себя сифилитиком и даже подвергался специфическому лечению, так как за несколько месяцев до того у него была найдена положительная WaR.

Под наблюдением больной находился лишь несколько дней и уехал затем в Москву.

К вопросу о лечении гнойных и инфицированных ран риванолом.

(Из госпитальной хирургической клиники Белорусского государственного Ун-та. (Минск). Директор проф. М. П. Соколовский).

Ординатора клиники И. А. Бонч-Осмоловской.

Как известно, в довоенное время в лечении гнойных процессов господствовала асептика Применение антисептических растворов и мазей считалось не рациональным и избегалось Мировая война с ее разрушительными снарядами и большим количеством гнойных и инфицированных ран, протекавших, особенно в начале, весьма неблагоприятно, заставила ученых пересмотреть все старые методы лечения ран и усиленно искать в этом направлении новых путей Появились вновь предложенные средства, как например, гипертонический раствор поваренной соли (Райт), соли гипохлорид-натрия, предложенные Каррель Дакеном и применяемых и до настоящего времени во Франции и в некоторых клиниках и в России. Стал применяться в виде обмываний заведомо инфицированных ран, слабый раствор сулемы (Петров). Жидкость Каррель Дакена, безусловно благоприятно действующая на течение гнойных ран, не получила широкого распространения, повидимому вследствие громоздкости применения—большое количество дренажей и постоянное—каждые два часа—орошение, а также небезразличное действие на организм (случай нефрита и временной слепоты). Широкие разрезы с тампонадой раны были заменены небольшими разрезами с дренированием их. Затем последовали, предложенные Моргенротом дериваты хинина (оптохинин, эйкунин, изо-октил-гидрокупреин или вуцин) и, наконец, в 1921 году риванол, который принадлежит к группе акридиновых красок и носит название эти-окси-диамино-акридин.

Моргенрот, а затем Браун и Нейфельд ставили следующие опыты на мышах: их заражали, втирая в кожные ранки или вспрыскивая в подкожную клетчатку культуры стептококков и стафилококков и затем наносились мази или порошки, или впрыскивались растворы трипафлавина, который также является производным акридиновых оснований и риванола. Этим удавалось спасти от смерти значительное количество зараженных животных, в то время, как все контрольные погибали. Пропитывая растворами риванола подкожную клетчатку мышей в области инфекции гноеродными бактериями и, делая посевы, Моргенрот и Шницлер добивались уменьшения числа колоний бактерий и даже полной стерилизации ткани и излечения животных. Из этих опытов выяснилось также, что риванол обладает наибольшим действием по отношению к стрептококкам.

Бруннер и Гонценбах ставили опыты на морских свинках следующим образом: свинкам вводилась под кожу в сухом виде минимальная смертельная доза земли 0,05 гр. и последовательно вводился трипафлавин в количестве 0,02 или 0,01 гр. в порошке При чем введение трипафлавина даже через 7 часов после введения земли обез-

вреживало действие последней. Вейзе получал положительный эффект, вводя 0,01 гр трипафлавина через 5 часов после введения земли. Введение через 20 часов уже не спасало животных от смерти. Опыты с введением риванола не столь разительны; положительный эффект получался только при одновременном введении земли (0,05 гр.) и риванола 0,01 гр. в порошке. В растворах действие антисептических средств оказывалось сильнее: одновременное впрыскивание земли 0,05 гр. в одном кб. см. воды и 5—6-ти кб. см. риванола в растворе 1 на 400, спасало всех животных от смерти. Впрыскивание того же количества риванола спустя 6-ть часов после введения земли спасало только некоторых животных (из 3-х только один выживал). Разумеется, контрольные животные при всех этих опытах погибали.

Аналогичные опыты производили также Заблудовский и Нисневич на кроликах. Они впрыскивали под кожу кроликам 4 кб. см водного раствора земли, который оказывался безусловно смертельным и одновременно или через определенные промежутки времени различные антисептические растворы. Оказалось, что вспрыскивание 1 гр. 8%-ного раствора иода и 3-х грамм 0,2%-тного раствора риванола даже через 18 часов после впрыскивания земли могло спасти некоторых кроликов от смерти: при чем от иода получалась сильная местная реакция ввиде некроза и дубления ткани, тогда как от риванола образовывался гнойник. Что касается общего действия риванола, то кролик легко переносит введение под кожу 15-ти грамм 0,2%-ного раствора риванола (по Петрову на 1-н кило веса 0,03 гр. риванола). В результате своих опытов на животных Заблудовский приходит к выводу, что риванол является лучшим антисептическим средством, но не лишен некоторого вредного влияния на ткани, особенно на мышцы в противоположность мнению Моргенрота, Клаппа и Розенштейна, при местном применении и на организм животных и при общем применении. Что касается применения риванола с лечебными целями, то Заблудовский употреблял его для лечения гнойных процессов, а также профилактически, как при чистых операциях, так и при ранах подозрительных по инфекции и приходит к заключению, что при гнойных процессах, в смысле отсасывания гноя и впрыскивания в полость гнойника риванола, применение риванола не рационально, так как гной скопляется вновь и приходится в конце концов прибегать к разрезам; применение же профилактическое при операциях подозрительных по инфекции и при загрязненных ранах вполне целесообразно и в таких случаях, после тщательного промывания раны риванолом можно зашить ее наглухо.

Петров в своих многочисленных опытах предпринятых с целью проверки действия риванола пришел к следующим выводам: рост гноеродных бактерий (стафилококк и кишечная палочка) на стерильном гною или крови значительно задерживался прибавлением к ним риванола 1,0 на 1000,0 в разведении один на один. Прибавление риванола к гною взятому из стафилококкового абсцесса действует слабее, а именно в растворе 1,0 на 500,0 и в разведении в два-пять раз In Vivo действие риванола сильнее; впрыскивание его в абсцесс в растворе 1,0 : 1000,0 после отсасывания гноя значительно понижает количество колоний. Лучшее действие in Vivo Петров об'ясняет отчасти действием риванола на ткани в смысле клеточной инфильтрации и выпотевания жидкости, т. е. воспалительных явлений. Опыты на кроликах и мышах с инфицированием их гноеродными бактериями и последовательная обработка риванолом вполне подтвердили выводы Моргенрота и друг. в смысле понижения роста бактерий. Аналогичные наблюдения на людях вполне подтверждают опыты на животных, так как рост бактерий понижался или даже совсем исчезал при обработке гнойных полостей

и ран риванолом. Что касается внутривенного вливания риванола, то кровь, взятая у кролика после внутривенного вливания в количестве 0,03 на кило веса, т. е когда наступали признаки интоксикации, все же бактерицидных свойств не приобретала и роста бактерий не задерживала Общим токсическим действием риванол, по мнению Петрова, хотя и обладает, но небольшим, так, даже после троекратного введения 0,03 на кило веса в 5%-ном растворе, кролик оправлялся и жил Людям Петров считает возможным вводить без вреда при инфильтрации ткани до 120 кб. см 1-на 1000 или 50 кб. см. 1-н на 500; внутривенно Петров вводил однопроцентный раствор в количестве 40 или даже 60 кб. см. Профилактическое обмывание риванолом операционных асептических ран, там где можно по тем или иным данным ожидать инфекции, Петров, равно как Bezsenyi и Заблудовский считает вполне рациональным, как в виде простого обмывания, так и впрыскивания в кожные швы. Швы на свежие раны считает возможными только после тщательной физической и химической очистки. Применяя риванол для лечения гнойных процессов на людях, Петров пришел к благоприятным результатам при гнойных процессах (абсцессы, флегмоны, маститы, лимфадениты и др.), а также гнойные артриты. Лечение отсасыванием гноя и последующим введением риванола приводило к уменьшению, а затем к полному исчезновению бактерий и заживлению процесса с сохранением функции. В своей статье в Kl. Woch. 19 февр. 1925 года Петров описывает несколько случаев глубоких воспалительных и гнойных процессов—забрюшинных инфильтратов, прогрессирующих флегмон, леченных им с хорошим успехом впрыскиваниями риванола по окружности инфильтрата и в самый инфильтрат и одновременное внутривенное вливание. При острых остеомиэлитах Петров рекомендует промывать струей риванола костную полость через отверстия пробуравленные трепоном выше и ниже процесса.

Рудольф Клапп, много работавший с вуцином и риванолем, пришел к заключению, что риванол действует вернее вуцина, и самое сильное действие оказывает на стрептококки, а потому определяется как всеобще действующим при стрептококковой инфекции. Он описывает 6 случаев гнойного воспаления суставов стрептококковой и смешанной инфекции, вылеченных риванолом, отсасыванием гноя пункцией и впрыскиваниями риванола 1-н на 1000 и 1-н на 500. Функция суставов была сохранена. Но вместе с тем Клапп прибавляет, что не все случаи гнойного воспаления суставов можно излечить таким образом: в некоторых случаях инфекция вспыхивала вновь и требовалось более радикальное вмешательство. На вырезанном кусочке из синовиальной оболочки после лечения риванолом было доказано наличие воспалительных явлений, в виде воспалительного отека и инфильтрации тканей лимфацитами и распадающимися лейкоцитами. В этих воспалительных явлениях Клапп, Моргенрот и Петров видят благоприятные явления для заживления.

Клапп применял риванол только свежеприготовленный, так как под влиянием света он в несколько дней разлагался, растворяя его в 0,5—0,6% физиологическом растворе. Более сильные растворы в 0,8—0,9% дают выпадение красящего вещества. Для уничтожения чувства жжения прибавляется еще новокаин в 0,2—0,5%-ном растворе.

При прогрессирующих флегмонах, а равно и при газовой флегмоне по мнению многих авторов риванол действия не оказывает, хотя в таких случаях Бруннер советует не стесняться растворами и применять риванол в растворе 1 на 400 и 1 на 200.

По мнению некоторых авторов риванол действует как обезболивающее при туберкулезе мочевого пузыря (Joseph). Тут он применяется для промываний пузыря в растворе 1 на 4000 или 1 на 5000. Из голосов, раздававшихся определенно против применения риванола, можно указать на статью Esau, где последний приписывает риванолу образование плотного безболезненного инфильтрата на внутренней стороне бедра внутримышечно при ин'екции риванола в полость коленного сустава, при чем инфильтрат образовался вдали от места впрыскивания, не был болезненным и без воспалительных изменений. После удаления инфильтрата и микроскопического исследования оказалось, что он состоит из плотной соединительной ткани. Esau приписывает риванолу дегенеративное действие на мышечную ткань.

Розенштейн энергично возражает на статью Esau, об'ясняя образование инфильтрата или неправильной техникой, или склонностью организма к кэлоидному перерождению. При этом он прибавляет, что подобные инфильтраты, которые быстро рассасывались, у него получались при внутримышечном введении 0,2% риванола, что заставило его прекратить подобный способ впрыскивания. При нагноении суставов Роз. применял растворы 1-н на 300 и никогда никаких осложнений не видал. В случае Esau он скорей видит благоприятное действие риванола, так как процесс в колене излечился после 4-х впрыскиваний риванола.

Из этого краткого и неполного обзора можно вывести следующие заключения:

1) Риванол обладает безусловно сильным бактерицидным действием, главным образом, по отношению к гноеродным и земляным микробам, как вне организма, так и внутри организма.

2) Профилактическое хорошее действие риванола в смысле обмывания случайно загрязненных ран и операционных, где асептика не могла быть соблюдена вполне, не оспаривается никем

3) В смысле глубокой антисептики (как ее понимает Петров) взгляды на целесообразное действие риванола расходятся. Одни ее отрицают совершенно, другие считают ее целесообразной.

Благодаря весьма ограниченному количеству риванола, имевшемуся в нашем распоряжении и трудности его доставания, нам нельзя было поставить лечение им достаточно широко, но и тех опытов его применения, которые мы могли у нас произвести, вполне достаточно чтобы притти к определенным выводам.

Применяли мы риванол при следующих заболеваниях:

4 случая воспаления суставов,
4 „ гнойных плевритов,
1 „ воспаления мочевого пузыря,
5 „ сепсиса (из них 3 послеродовые),
1 „ острого остеомиэлита,
1 глубокого абсцесса передней стенки живота,
4 „ ограниченный гнойный перитонит, аппендикулярного происхождения,
2 „ профилактического применения риванола,
2 „ послеоперационного нагноения,
8 „ амбулаторного применения риванола.
32 случая.

Из воспалений суставов—один был артрит левого голеностопного сустава, гонорройного происхождения (в выделениях уретры обнаружен гонококк). Больная *Вишгева Сафра* (41 год) пробыла в клинике с 1-го XI-го—25-го XI-го 1924 г. Поступила в клинику с сильными болями в левом голеностопном суставе, которые у нее

появились за несколько дней до поступления (сильную боль вызывает даже легкое прикосновение).

В анамнезе обильные бели в продолжении 15-ти лет. В выделяемом из уретры обнаружен гонококк. Левый голеностопный сустав припухший, никакие движения невозможны-гиперемия покровов, † ра, субфебрильная. Перроначальное наложение гипсовой повязки облегчения не принесло, боли даже усилились и повязка снята по просьбе больной. На 4-ые сутки после поступления, сделана пункция сустава— эксудата не обнаружено; одновременно впрыснуто 1—2 гр риванола 1,0 на 1000,0. Через день боли успокоились; вторичное впрыскивание 1—2 гр. риванола: - боли сначала усилились, но затем успокоились. Через несколько дней опухоль спала и боли почти совершенно успокоились, движения в суставе возможны, но стать на ногу не может. В дальнейшем суховоздушные ванны, и больная выписалась, начиная наступать на ногу.

2-ой больной Шалима Алексей, 28-ми лет. Пробыл в клинике с $\frac{6-25}{X}$ 24 года.

После общего охлаждения заболел правый голеностопный сустав. Движение болезненно—стать на ногу не может. В анамнезе отмечается множественный остеомиэлит, следы которого в виде рубцов имеются на руках и на ногах. Температура до 37,8 по вечерам. Пункция больного сустава обнаружила сырозно-гнойную жидкость, двукратный посев которой на питательные среды оказался стерильным. Два раза больному был впрыснут в полость сустава риванол с промежутком в 3 дня, при чем каждый раз предварительно отсасывался эксудат. I-й раз было впрыснуто 2 гр., во второй 4 гр. ривонала. Непосредственно после впрыскивания отмечается небольшой под'ем температуры до 38,0 и кратковременное усиление болей в виде жжения На второй же день боли успокаивались и температура падала до нормы. Через неделю после первого впрыскивания боли успокоились совершенно и больной начал наступать на ногу. И еще через неделю выписался из больницы опираясь на палку. Данный случай можно рассматривать, как вновь вспыхнувшую инфекцию в виде артрита.

3. Рачкевич Иван, 59-ти лет. Время прибывания в клинике $\frac{10}{XII}$ 24 г. — $\frac{4}{II}$ 25 г. Заболел за месяц до поступления в клинику; появилась боль в правом колене, которое распухло и сильно болело, затем боль распространилась на бедро. Непосредственно до настоящего заболевания перенес воспаление легких. Колено в согнутом положении сильно болезненно увеличено в об'еме, никакие движения невозможны; правое бедро также утолщено и болезненно, покровы гиперемированы. Температура 38,2—38,5. При пункции сустава обнаружен гной, из которого вырос стрептококк. Сделано отсасывание гноя шприцем в количестве 8 - 10 кб. см. и впрыснуто то же количество риванола 1,0 на 1000. На бедре в средней трети сделан разрез, удалено большое количество слизистого гноя и рана промыта риванолом. К вечеру того же дня температура поднялась до 39°, утром спустилась ниже 37, и в продолжении 3-х дней не подымалась выше 37,5 затем опять стала повышаться. В первый день после впрыскивания испытывал чувство жжения в суставе, которое затем прошло. Через 5 дней вторичная пункция сустава, при чем гной имел более жидкую консистенцию. Посев гноя роста уже не дал. Опять вспрыснуто 5 гр. риванола. Такие пункции сустава с отсасыванием гноя и последующим впрыскиванием риванола повторялись 6—7 раз с промежутком в 5—6 дней. Посев гноя из полости сустава, неоднократно повторяемый после первого впрыскивания риванола, ни разу роста не дал. Через некоторое время на голени образовался абсцесс, который был вскрыт и из этого гноя

вырос также стрептококк. В дальнейшем после каждого вспрыскивания температура не давала такой резкой реакции, как первые два раза, гноя становилось меньше и более жидкой консистенции. Следует отметить, что после последних двух вспрыскиваний у больного появились быстро исчезающие отеки ног, а последний раз и рук. Исследование мочи, сделанное, как в начале поступления в клинику и непосредственно после появления отеков, никаких отклонений от нормы не обнаружило. При последней пункции гноя почти не было (2 куб.) и он носил характер мутной сырозной жидкости. Боли в колени еще некоторое время продолжались, но под влиянием сухо-воздушных ванн, они успокоились и к концу пребывания в клинике, т. е. через два месяца, больной начал наступать на ногу и слегка сгибать колено. Этот случай интересен в том смысле, что после первого же вспрыскивания риванола, эксудат в колене оказался стерильным. Что касается появления отеков, то я не могу не поставить их в связи с вспрыскиваниями риванола, т. к. оба раза они появлялись непосредственно после вспрыскивания и быстро исчезали, как только вспрыскивания прекращались. Никаких других симптомов со стороны внутренних органов, кроме небольшого миокардита, у больного не наблюдалось.

4. Случай гнойного воспаления колена, как осложнение при остром остеомиэлите голени. Хомич Ольга поступила 19-го мая. Была оперирована по поводу острого остеомиэлита 20/V. Через месяц появились боли и опухоль правого коленного сустава. При пункции 24/VII обнаружен гной, давший стафилококк. Гной шприцем отсосан и вспрыснут риванол. Вторично через два дня сделан небольшой разрез, введен тонкий дренаж и сустав промыт риванолом. После трех промываний гной больше не выделялся, дренаж был удален и рана постепенно, но вяло заживала.

Из трех случаев гнойного плеврита, двое были дети 2-х—3-х летнего возраста. Один случай, пятый по счету, Суша Александр 3-х лет $\frac{14-20}{\text{II}}$ 25 г. Заболел три недели назад воспалением легких. Лечился в детской клинике, откуда был направлен в хирургическую клинику. Притупление по всему правому легкому. 16-го II-го месяца при пункции обнаружен густой гной, давший при посеве стрептококк и стафилококк. Удалено шприцем 250 кб. см. гноя. На следующий день удалено 300 кб. см. гноя и промывание плости плевры 20-тью кубиками риванола 1,0 на 1000,°. Через три дня вторичная пункция, гной жидкий, рост на средах тот же самый. Промывание 20-тью гр. риванола. Через 4-ре дня приступление ниже угла лопатки, при пункции сырозно-гнойный эксудат, и отсутствие роста на средах. Удаление 100 кб. см. эксудата и введению 20 гр. риванола. Через неделю 4-ая и последняя пункция—отсутствие эксудата. Самочувствие ребенка вполне хорошее, дыхание ясное, хрипов нет.

6. Досин Владимир, 17-ти лет. $\frac{20}{\text{II}}$ — $\frac{21}{\text{III}}$ 25 г. В анамнезе пнеймония три недели тому назад. В настоящее время гнойный левосторонний плеврит. Пункцией полости плевры удалить эксудат не удается, вследствие закупорки иглы свертками фибрина. При посеве эксудата вырос диплококк Френкеля, проверенный окраской по Граму. Резекция ребра, дренаж, промывание полости плевры риванолом. В данном случае надо отметить быстрое исчезновение выделений. После нескольких (2-х—3-х) промываний, через 8 дней после операции, у больного уже почти не было выделений и они носили характер сырозно гнойной жидкости. В дальнейшем обычное заживление.

7. Матасов Адольф, 3-х лет. $\frac{10}{\text{VI}}$ — $\frac{10}{\text{VII}}$ 25 г. левосторонний гнойный плеврит, температура до 38,5, перенес пневномию. В гною

вырос стафилококк. 11/VI го пункцией удалено 150 гр. гноя и полость плевры промыта риванолом (40 гр.) $\frac{13}{VI}$ — $\frac{15}{VI}$ еще удаление гноя 250 гр. и 150 гр. и промывание полости риванолом (30—40 гр). Температура после первой пункции спустилась и все время держалась в пределах 36,8—37,5 17/VI-го для ускорения лечения гной удален троакаром. Через троакар введен тонкий дренаж и полость промыта риванолом. 19/VI опять промывание риванолом, повязка промокла очень немного. Самочувствие ребенка очень хорошее, температура нормальная, легкое хорошо расправляется. В дальнейшем постепенное, быстрое заживление. В данном случае можно отметить, что, хотя для ускорения лечения понадобилось удаление гноя троакаром, все-же под влиянием промывания риванолом гной быстро исчез и наступило скорое выздоровление.

8. Кучинская Елена, 24-х лет, $\frac{4}{I}$ — $\frac{21}{II}$ 25 г. Больной была сделана резекция ребра дважды в виду ограниченных полостей. Лечение как в случае № 6, промываньями полости плевры через дренажную трубку. Быстрое уменьшение гнойных выделений и выздоровление.

9. Скуратович Михаил, 33 лет, $\frac{24}{IX}$ — $\frac{29}{XI.}$ Клинически поставленный диагноз—туберкулезный цистит. Палочек tbc в моче не обнаружено. При цистоскопии обнаружена язва у устья правого мочеточника. Болел циститом два года назад, лежал в больнице, подлечился и чувствовал себя удовлетворительно. Незадолго до поступления в клинику, появилась резкая боль при мочеиспускании. В настоящее время частота мочеиспускания более 50-ти раз в сутки, кровь в конце мочеиспускания, сильные рези. В моче белок, лейкоциты и эритроциты. Емкость пузыря 30 гр. Сначала больному делались промывания пузыря ac. carb. ежедневно в течение 6-ти дней, которые успокоили несколько боли и уменьшили частоту мочеиспускания с 50-ти до 30-ти раз в сутки. Емкость пузыря увеличилась до 50 гр. Затем, с 3/X-го, пузырь стали промывать риванолом 1,0 на 4000, сначала через день, затем через два дня. После 3-х промываний частота мочеиспусканий понизилась до 15-ти раз в сутки, емкость пузыря увеличилась до 150 гр., тогда больному и была сделана цистоскопия. В дальнейшем, боли быстро прекратились, больной почувствовал себя хорошо и выписался.

10. Лютынская Мария, 14 лет $\frac{23}{VII}$ — $\frac{20}{VIII}$ 25 г. Заболела внезапно правая голень, распухла и покраснела. Высокая температура, сильные боли, тяжелое состояние. 24-го 7-го операция: на передней поверхности голени, в двух местах разрез до кости величиной в 3 см., гной в подкожной клетчатке и поднадкостично. Дрилем просверлены два отверстия в кости и костно-мозговой канал промыт риванолом) (по Петрову). Вставлены небольшие томпоны с риванолом. Быстрое падение температуры, промывание ран раза два риванолом. Быстрые и хорошие грануляции. Выписалась с небольшими свищевыми ранками.

11. Кузьмарова Софья, 22-х лет. $\frac{16—20}{XII}$ 24 г. Глубокая подмышечная флегмона передней стенки живота. Заболела через 10 дней после родов. Опухоль и боль в нижней части живота по среднюю линию, глубокая флюктуация. Пункцией обнаружен густой гной, который плохо отсасывался шприцем, и потому был сделан разрез в два см., удалено большое количество гноя и полость наполнена риванолом. В гною желтый стафилококк. Через три дня вторичное промывание риванолом, посев из глубины раны роста не дал. Дренаж уда-

лен, выписалась через 4-ре дня с незначительной поверхностной ранкой.

Из всех 5-ти случаев септических заболеваний заслуживает внимания только один, где риванол оказал несомненное действие посредством внутривенного вливания. В остальных случаях он или совсем не оказал никакого действия, или весьма сомнительное.

Случай 12 касается больного Розина 22-х лет $\frac{26}{I}$ — $\frac{1}{III}$ — 25 г. За 5-ть недель до поступления в клинику получил огнестрельную рану в правую кисть. Имеется обширная рана кисти и предплечья, с грязными налетами и вялыми грануляциями. Через неделю после ранения стал высоко лихорадить с ознобами по вечерам. Больной заметно слабел. В клинике до вливания риванола больной пробыл около 4-х недель, все время температура по вечерам 39°—40°, никакие внутренние средства не действуют. $\frac{21}{II}$ у больного из вены взята кровь для посева и одновременно влито 30 грамм риванола 0,1%. К вечеру того же дня температура спустилась до 36,6 и выше уже не поднималась, знобы прекратились, самочувствие вполне хорошее. Посев крови сделанный до вливания риванола обнаружил стафилококк, на другой же день после вливания роста не дал. 13-ый случай Тарасевич Мария 18 лет 26 - 27 декабря 24 г. с прогрессирующей флегмоной, ноги, образовавшейся от царапины на стопе. Тяжелое состояние, температура 40°, бред. В крови стафилококк. Вливание риванола никакого действия не оказало. Смерть на другой день к вечеру. В данном случае полное отсутствие действия риванола можно было бы об'яснить небольшим количеством его (10 гр.). Но в других случаях после родового септиса (3 случая), где риванол вливался в количестве 30—40 грамм 1,0: 500,0 также никакого непосредственного эффекта не было. В двух случаях с метастатическим септисом (отсутствие роста из крови, и стептококк из гноя) больные продолжали лихорадить до 40°, и в конце-концов одна погибла от истощения. другая постепенно понижая температуру выжила. В 3-м случае, преобладал местный процесс. Выделения шейки матки дали смешанную инфекцию стептококка и стафилококка, отсутствие роста из крови. После внутривенного вливания риванола через три-четыре дня температура постепенно стала понижаться и больная поправилась. Трудно сказать имел-ли в данном случае влияние риванол.

Кроме вышеуказанных риванол применялся еще в нескольких случаях, ограниченных аппенидикулярных перетонитов, леченных небольшими разрезами с удалением гноя и промыванием раны большим количеством риванола, при чем промывание производилось или через дренажную трубку или непосредственно шприцем в рану, при раздигании краев ее Во всех случаях в выделениях обнаружена была кишечная палочка. Достаточно было одного—двух промываний, чтобы выделения почти прекращались и раны хорошо и быстро заживали.

Надо отметить еще два случая тяжелого послеоперационного нагноения после операций на суставах. Один—резекция коленного сустава, второй—операция Окстона, по поводу косолапости. Явления были настолько грозны, что являлась мысль об ампутации (отек, высокая температура, гной). В обоих случаях, после применения риванола, в виде промываний и влажных повязок, нагноение успокоилось и раны быстро зажили с анкилозом суставов. Профилактически риванол применялся в двух случаях: один касается огнестрельного ранения локтевого сустава с полным раздроблением его, другой—резанной раны кисти с перерезкой сухожилий разгибателей. В обоих случаях раны были свежие и после обмывания риванолом зажили—первая почти без нагноения, дав хороший анкилоз под прямым углом,

вторая, после сшивания сухожилий, зажила первым натяжением. Амбулаторно риванол применялся при лимфаденитах, абсцессах, маститах и фурункулах - всего 8-мь случаев. При небольших абсцессах и лимфаденитах, по моим наблюдениям, он существенной пользы не приносит—обычно они заживают быстро и от простого разреза. При маститах риванол очень полезен в смысле промываний через небольшой разрез с дренажной трубкой; при фурункулах применялся в виде влажных повязок и оказывал хорошее, быстро заживляющее, действие без рецидивов.

Какие же можно сделать выводы из всего вышеизложенного.

1. Риванол является в настоящее время лучшим антисептическим средством при лечении гнойных и инфицированных ран. При рациональном применении значительно сокращает время лечения.

2. Профилактическое применение риванола безусловно можно рекомендовать.

3. Особенно благоприятно действует при заболеваниях суставов и серозных полостей с опорожнением эксудата и промыванием полости, при чем опорожнение производится или проколом или небольшим разрезом (что лучше).

4. Длительное применение риванола не рекомендуется, как вследствие некоторого задерживающего влияния на заживление, так и общего вредного действия на организм, особенно у старых и ослабленных суб'ектов.

5. При прогрессирующих флегмонах и сепсисах не оправдал возлагаемых на него надежд, хотя в единичных случаях дает хорошие результаты.

В заключение приношу глубокую благодарность пр. Соколовскому за помощь и указания.

Литература.

Morgenroth (Kl. W. 1922 г. №8. D. M W. 1923 г. №49); Morgenroth u Schnitzer (D. M. W. 1923 г. № 23); Braun (Kl. W. 1922 г. № 16); Heufelt (Ar f. Kl. Ch. 1922 г. Bd. 121); Morgenroth und Afraham (D. M. W 1920 г. s. 57); Brunner (Z. F Ch. 1923 г. №12); Kudolf Klapp (D. W. 1921 № 46); Siebrecht и J. Ujhelge (F. b C. h. 1923 г. № 2); Jozeph. M M. W. (1924 г. №7); Ritter (Kl. W. 1923 г. № 2); Blass (F. j. Ch. 1923 г. № 18); Paul Esau (Z. j. Ch. 1924 г. № 15); Rosenstein (Z. f. Ch. 1924 г. № 27); Заблудовский и Нисневич (Н. Х. А. 1924 г. № 18); Петров (Ж. для Усов, (Вр. 1924 г. № 6); Петров (К. W. 1925 г. 19) февр.); Соловьев (Врач. Дело 1924 № 24—26).

Несколько статистических данных о Psoraisis Vulgaris.

Из кожного кабинета Минской Центральной Рабочей Амбулатории (Зав. кабинетом С.К. Розенталь. Главрач Л. Я. Ситерман).

Студента Н. А. Энтина.

По предложению зав. кабинетом, д-ра Розенталя, я предпринял разработку историй болезней кожного кабинета Ц.Р.А. для выяснения некоторых данных по вопросу об этиологии чешуйчатого лишая, воспользовавшись материалом за 1½ г., а именно: с 15/I—24 г. по 30/5—25 г.

Полученные результаты представляют в общем достаточный интерес для того, чтобы быть опубликованными. За указанный период времени через кабинет прошло всего 4310 кожных больных, из коих 148 с псориасом, т. е. 3,48%.

Указанный % частоты соответствует в общем данным статистик:

White	3,28%
Американского дермат-об-ва за 15½ лет (с 1878 г. по 1893 г.)	3,8%
А. Иордана	4%
Московской Любимовской кожной клиники	2,4%
Audry	2,66%

По полу наши случаи распределялись равномерно:

Мужчин было	71
Женщин „	77

Интересные результаты получились при выяснении роли наследственности среди наших случаев. Точные данные удалось нам установить лишь у 101 случая, при чем у 24-х—чешуйчатым лишаем больны также ближайшие родственники, а в 77 случаях мы получили отрицательный ответ. Таким образом наследственность наблюдалась нами в 23,7% случаев.

Такие же приблизительно цифры дают статистики:

Wilson'а	30%
Nielsen'а	25%
Иордана	15%

Для иллюстрации приводим несколько историй болезней:

1. (ист. б. № 1516) Больная 23-х лет, белоруска. В семье больны мать, дед с материнской стороны, 2 дядей, тетя, двоюродный брат и 3 сестры.
2. (ист. б. № 2417) Больная 45-ти лет, белорусска. Заболела в период 40—50 лет Больны мать и дед.
3. (ист. б. № 4111) Больной 24-х лет, еврей. Больны отец и дед с отцовской стороны.
4. (ист. б. № 3835) Больная 22-х лет, еврейка. Больны 2 брата и сестра.

По национальности наши 101 случай с тем или иным ответом относительно наследственности делятся таким образом, что на долю евреев пришлось 42 случая, белоруссов и прочих 59.

Выясняя вопрос о роли наследственности этих групп, мы нашли, что среди 42-х евреев—псориатиков было 13 случаев с положительной наследственностью т. е. 30,9%, а среди 59 не евреев—11 с положительной наследственностью, или 18,8%.

Таким образом оказывается, что среди евреев имеется относительно больше случаев с положительной наследственностью, чем среди не-евреев. Обстоятельство это очень интересно и, поскольку мы можем судить по доступной нам литературе, до сих пор отмечено не было.

Относительно сущности наследственности в этиологии псориаса существует два взгляда: 1) наследственность состоит в непосредственной передаче заболевания от родителей к детям, и 2)—она заключается в сообщении потомству особого предрасположения к данному заболеванию.

Для выяснения этих вопросов мы выяснили, в каком возрасте появились первые признаки заболевания среди больных, как с отрицательной, так и с положительной наследственностью.

Результаты сопоставлены в нижеследующих таблицах:

Таблица № 1.

Начало болезни в случаях с отрицательной наследственностью.

с 1-го	до	10	наблюдалось в	8	случаях	11,1%
10	„	20	„ „—	21	„	29,2 „
20	„	30	„ „	32	„	44,5 „
30	„	40	„ „	7	„	9,7 „
40	„	50	„ „	4	„	5,5 „

Таблица 2.

Начало болезни в случаях с положительной наследственностью.

в возрасте от	1	до 10	заболело	1	4,5%
„ „ „	10	„ 20	„ „	8	36,4 „
„ „ „	20	„ 30	„ „	12	54,6 „
„ „ „	30	„ 40	„ „	—	— „
„ „ „	40	„ 60	„ „	1	4,5 „

Из приведенных таблиц видно, что на период с года до 10-ти падает меньший % первичного заболевания псориасом, а даже при положительной наследственности.

Если бы наследственность заключалась в непосредственной передаче заболевания от родителей к детям, то можно было бы ожидать наибольший % первичного заболевания и проявления наследственности в период от 1 г до 10-ти, чего мы на самом деле не получили; наоборот, наибольший % падает на период с 20-ти до 30-ти лет (44,4% для случаев с отрицательной наследственностью и 54,5% с положительной наследственностью.

Таким образом статистические данные не дают оснований для предположения о непосредственной передаче заболевания по наследству, а скорее говорят за передачу какого то предрасположения, быть может невропатического характера, так как существует взгляд на псориас, как на заболевание стоящее в связи с состоянием нервной системы.

В подтверждение теории нервной этиологии псориаса обычно приводятся случаи заболевания им после испуга или нервного расстройства, а также случаи с односторонним высыпанием псориаса по ходу определенных нервных сплетений.

В Ц.Р.А зарегистрировано 5 случаев заболеваний после нервного потрясения, что же касается одностороннего высыпания по ходу нервов, то аналогичный случай с высыпанием по ходу n. n. intercostales V—VI dext. наблюдался в Ц.Р.А., однако спустя несколько месяцев высыпания появились и в других местах. Этот случай показывает, что нужно быть осторожным в оценке одностороннего псориаса.

Еще одно обстоятельство обращает на себя внимание: это распределение рецидивов псориаса по временам года.

На 176 рецидивов, наблюдавшихся нами за указанный период,

на зимние	месяцы	приходится	72
„ весенние	„	„	„	74
„ летние	„	„	„	12
„ осенние	„	„	„	18

Приведенные цифры образуют кривую с понижением на летние и с повышением на зимние и весенние м-цы, главным образом, на февраль март и апрель.

Возможно, что это обусловливается тем, что psoriasis vulgaris находится в связи с состоянием желез внутренней секреции, имеющими, как известно, некоторую периодичность в своей работе в связи с временами года.

Случай первичной саркомы легкого.

Из факультетской терапевтической клиники (директор-профессор С. М. Мелких) и пато-лого-анатомического института (директор-профессор И. Т. Титов)

д-ра Л. Я. Ситермана и д-ра С. М. Савельзон.

Первичная саркома легкого представляется сравнительно редким заболеванием, что и побудило нас сделать настоящее сообщение.

Больная *Качан*—35 лет—поступила в Факультетскую Терапевтическую Клинику 16 I—1924 г. с жалобами на боли в правом боку, сухой кашель, одышку и прогрессирующую общую слабость. Из данных анамнеза выяснилось, что гр-ка *Качан* больна 2 месяца, и при заболевании почувствовала сильную боль в правом боку, появился жар и кашель. Приглашенный врач тогда у нее констатировал воспаление легких, с которыми она пролежала две недели; спустя две недели все же общая слабость и кашель продолжались и боли в правом боку все увеличивались и увеличивались; в это время наблюдавший ее врач диагносцировал плеврит. После того, как в мокроте стала появляться кровь, и явления общей слабости и упадок сил все нарастали и наростали, больная была доставлена в клинику.

При поступлении в клинику об'ективно отмечается следующее: температура—36,6; пульс 126 удар в мин., малый, слабого наполнения, правильный; дыхание 38 в 1 мин. Бледность кожи и слизистых оболочек; над правой ключицей и в паху (сп ава) прощупываются отдельные подвижные железки. Со стороны органов пищеварения отмечается очень плохой аппетит, запоры и затруднение глотания. Печень при перкуссии выходит из-под реберной дуги на 8 снт. Селезенка несколько увеличена 10½×7 снт.

Легкия: Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. При перкуссии по всему правому легкому абсолютно тупой звук, за исключением верхней доли, где звук притупленно-тимпанический. При выслушивании на верхушке бронхиальное дыхание, ниже ослабленное, а в нижней доле совершенно отсутствует.

Сердце: Толчек сердца на 3 пальца левее linea mamil. Sin. (левая граница); правая не определяется, и тупость сердца сливается с тупостью легкого. На грудине глухие тоны. Приглушены тоны на верхушке. В моче ничего патологического не обнаружено.

Больная перенесла 5 родов—все протекали нормально.

В анамнезе можно отметить корь и скарлатину.

Со стороны наследственности ничего патологического не отмечается.

За время пребывания в клинике с 16/I по 27/I температура все время была нормальна. Клинические данные скопления жидкости в полости правой плевры заставили нас три раза выпускать таковую; первый раз было выпущено 800 кб. с., второй раз 500 кб. с. и третий раз 1400 кб. снт.; жидкость во всех случаях темно-желтого цвета, слегка геморрагична с удельным весом 1022, 1036, с большим количеством эритроцитов в мазке.

После выпускания жидкости общее состояние больной менялось мало; лишь несколько уменьшалась одышка, и сердце перемещалось к сосковой линии.

За последние дни пребывания в клинике общее состояние больной постепенно ухудшалось, сердечная деятельность прогрессивно падала, одышка не уменьшалась, затрудненное глотание все больше и больше беспокоило больную и при явлениях отека легких и нарастающей сердечной слабости больная скончалась 27/I.

Данные физического исследования, как притупление перкуторного звука в средней и нижней доле правого легкого, ослабленное дыхание там же и бронхиальное дыхание на верхушке правого легкого заставили нас предполагать, что здесь мы имеем дело не с простым плевритом. Нормальная температура за все время пребывания в клинике, чрезвычайно сильно выраженная одышка, дисфагия, наличие железок с правой над ключицей и в паху, и развитие венозной системы на животе, наполняющейся сверху, заставили нас предположить возможность новообразования, исходящего из правого легкого; за это также говорило и резкое исхудание и кахексия нашей больной. Наличие туберкулезного процесса, конечно, нужно было исключить, согласно клинической картине почему и клинический диагноз в данном случае и был — Tumor malignus pulmonis dextri.

Данные анамнеза устанавливали возможность перенесения нашей больной крупозной пнеймонии, которая и могла к первоначальному основному страданию присоединиться; косвенным указанием мог служить и наблюдавшийся у нашей больной в момент поступления в клинику умеренный лейкоцитоз (12400).

Что касается плеврита правостороннего, то его можно было трактовать, как обычный плеврит при новообразованиях легкого, когда в процесс вовлекается плевра.

Вскрытие, произведенное на другой день дало следующую картину.

Краткая выписка из протокола вскрытия:

Грудная клетка правильной формы, симетрична. Оба легкие свободны. В правой плевральной полости приблизительно стакана три кровянистой жидкости.

Правое легкое увеличено в об'еме. Границы отдельных долей стушеваны Верхушка содержит мало воздуха. На остальном протяжении вся легочная ткань представляет неправильной формы, величиной с голову младенца, узел, от которого по направлению вперед и назад отходят еще два узла каждый величиной с апельсин, причем в задней части переднего узла имеются плотные сращения с этим узлом трахеи и крупных сосудов—аорты и легочной артерии.

Прорастания опухоли в трахею и сосуды не отмечается Пищевод несколько сдавлен, но проходим Средние и мелкие бронхи правого легкого большей частью проращены опухолью и непроходимы для воздуха.

При вскрытии переднего и заднего узлов в толще их отмечаются отдельные, сильно увеличенные и плотно спаянные друг с другом железы Левое легкое кроме краевой эмфиземы никаких изменений не представляет.

В органах брюшной полости метастазов опухоли не обнаружено.

При микроскопическом исследовании различных участков опухоли оказалось, что значительный участок опухоли некротизирован и состоит частью из мелкозернистой массы, частью из кругло-клеточковых элементов с неокрашенным или бледно красящимся ядром. Сохранившиеся участки состоят из однообразных клеток круглой формы с таким же круглым ядром богатым хроматином и небольшим количеством протоплазмы в виде тонкого пояса, окружающей ядро.

Масса клеток сплошь инфильтрирует легочную ткань, от которой почти не осталось никаких следов.

Между группами клеток местами видны прослойки из волокнистой тонкой фиброзной соединительной ткани. Опухоль богата тонкостенными кровеносными сосудами различной величины. В просвете попадающихся лимфатических сосудов кое-где видны кучки таких же круглых клеток.

Железы в главной своей массе состоят из тех же соединительнотканных клеток, что и опухоль легкого и только кое-где сохранилось строение лимфатических желез.

Принимая во внимание однообразный характер клеточной ткани опухоли, отсутствие где-либо переходных форм, нашу опухоль надо трактовать как саркому и при классификации ее можно только колебаться между мелкокруглоклеточковой саркомой и лимфосаркомой.

Лимфосаркома строится по типу лимфоидной ткани, отличаясь от нее только отсутствием фолликулов. Клетки совершенно идентичны с лимфоцитными, иногда увеличены в об‘еме и лежат в сеточке из толстых волоконец ретикулярной ткани.

Кроме того лимфосаркома, поражая первично определенную область желез, растет по лимфатическим путям, вовлекая в процесс все новые и новые железы образует значительного об‘ема узлы. Круглоклеточковая же саркома быстро переходит на окружающую ткань, инфильтрирует ее, образуя узлы нередко отграниченные от местной ткани

Таким образом исходя из вышеописанной макро и микроскопической картины, мы должны признать, что имеем дело с мелкой круглоклеточковой саркомой.

Опухоли легкого, отнюдь не представляя исключительно редкого явления, попадаются, однако, по некоторым статистическим данным, но особенно часто Раки встречаются в отношении первичных сарком как 7 : 1.

Первые сообщения об опухоли легкого вообще сделаны Grangium‘ом и только в 1851 г. в работе Voison и Robin мы встречаем первое описание саркомы легкого.

Более подробно описаны эти новообразования у Божовского, собравшего во всей литературе за 55 лет всего 72 случая первичной саркомы легкого. По данным патолого-анатомического Института Донского Государственного Университета на 6055 вскрытий за 7 лет не обнаружено ни одного случая первичной саркомы легкого.

Саркома наблюдается преимущественно в молодом возрасте у мужчин чаще чем женщин. В детском возрасте встречается редко; в доступной мне литературе я могла насчитать 8—10 случаев первичной саркомы легкого в детском возрасте.

Чаще поражается правое легкое, именно верхняя его доля. При поражении левого легкого в процесс вовлекается преимущественно нижняя доля.

Продолжительность страдания не более одного года.

Следует обратить внимание на то обстоятельство, что саркома легкого, даже самая злокачественная из них круглоклеточковая, если она, развиваясь почему либо, не дает метастазов в другие ор аны, а является чисто легочным процессом. даже в далеко зашедших случаях (поражение всего почти правого легкого в нашем примере) может протекать без особенно резко выраженных клинических явлений, ограничиваясь постепенно наростающими симптомами недостаточности легочной ткани.

В заключение приносим глубокую благодарность многоуважаемым профессорам С. М Мелких и И. Т. Титову за ценные указания и руководство в настоящей работе.

Литература.

1. Новинский. Случай первичной саркомы легкого у ребенка. Сб. Высоковича. Киев 1907 г. стр. 485.

2. Bernard Z. Kenntns d Pleurasarkoma V A. Bd 211. H. I.

3. Гринцевич и Крич. Случай первичной саркомы легкого, сопровождавшейся множественными кровоизлияниями. Мед. журнал 1922 г. № 5, стр. 374.

4. Воскресенский. Два случая саркомы легкого. М. О. Bd 73. 1910 г. стр. 315.

5. Дмитренко. По поводу двух случаев первичной саркомы легких, распознанных при жизни. Вр. Газ 1912 г., стр. 271.

6. Давыдов. К казуистике опухоли средостения. Практ. Врач 1910 г., стр. 521.

7. Пожарийский. Основы патологической анатомии 2 издание 1923.

8. Schmaus. Основы патологической анатомии, издание 1922 г.

О распространении зоба среди учащихся гор. Минска.

(Из фак. терап. кл-ки Б. Г. У. Директор Проф. С. М. Мелких).

Б. А. Пратусевич.

При осмотре школьников гор. Минска мною было обращено внимание на частоту увеличения щитовидной железы среди них. В некоторых школах отдельные классы выделялись и обращали на себя особое внимание. Там среди 35 учащихся у 20-ти отмечалось значительное увеличение gl. thyr. Большинство из них часто обращалось с жалобами на сердцебиения, головные боли, „нервность" и др. явления. Такие наблюдения заставили меня поглубже подойти к изучению этого явления с целью уяснения его этиологии.

В настоящее время вопросу об эпидемии зоба уделяется много внимания В разных странах (Швейцария, Германия, Америка и др.) для изучения его этиологии и патогенеза созданы специальные государственные комиссии, в виду того, что болезнь эта принимает характер социального бедствия. Так в С.-Американских Штатах 30% новобранцев забраковано из-за „токсического зоба", в некоторых штатах стали прибавлять к питьевой воде иод, в других по швейцарскому образцу стали иодировать поваренную соль. В Америке за профилактику зоба принялись особенно горячо; при чем она ведется школьно-санитарной организацией, ибо болезнь эта распространяясь эндемически чаще всего проявляется в школьном возрасте, где осмотр и исследование детей производится школьно-санитарными врачами.

Всем известно, что увеличение щитовидной железы может зависеть от многих причин. Здесь могут быть виною новообразования, кистообразное расширение железистых пузырьков, вызванное либо жидким содержимым, либо застоем крови в сосудах железы и др У школьников такой затрудненный отток крови может произойти вследствие сдавливанья сосудов узкими воротничками и от неправильного держания головы в сидячем положении, но такое набухание может опять исчезнуть, если п ичина будет устранена и если она при этом действовала непродолжительное время. Одно время считали исключительно школу причиной зоба и потому его называли „школьным зобом", но дальнейшие исследования заставили, конечно, отказаться от этого мнения.

Что касается роли щитовидной железы, то первый исследователь желез человеческого тела Wharton считал, что она важна лишь для пластики и конфигурации шеи, но уже в 1895 г. Baumann доказал, что нормальная щитовидная железа содержит значительное количество иода в органическом соединении. Дальнейшими экспериментальными исследованиями Hoffmeister'a, Bruns'a, Gauthiera и др. доказано, что щитовидная железа является важным органом роста, как и мозговой придаток, ибо в результате ослабления функции gl. thur. у растущих наступает уменьшение роста в длину, тогда как рост в ширину идет почти беспрепятственно; а при переломах применение препаратов щитовидной железы ускорят образование костной мозоли. Далее отме-

чено влияние gl. thur на половые железы, выявляющееся в атрофии яичниковой ткани после удаления щитовидной железы и в восстановлении пониженной или совершенно исчезнувшей половой способности при лечении препаратами щитовидной железы у миксэдематиков; а также в депигментации и потере волос у базедовиков. Отмечено, что щитовидная железа влияет на вес и отложение жира в организме. Избыточное введение gl thur. в организм сообразно с данными Biedl'я и др. вызывает заметную потерю веса, вследствие нарушения жирового обмена, сопровождаемого большим сгоранием жира чем в норме. Недаром тиреотерапия представляет собой излюбленное средство против ожирения При выпадении отправлений щитов. железы наблюдается понижение возбудимости симпатических нервов, которое выявляется в замедлении кровообращения и в целой серии трофических расстройств. Указывают, что gl. thyr, непосредственно или через посредников, но все же оказывает влияние на спинной и головной мозг. При гипотиреоидизмах и атиреозах головной мозг становится отечным. Миксэдематики часто жалуются на головные боли, а терапевтический гипертиреоидизм тоже часто сопровождается головными болями и головокружениями. Отмечают влияние gl thyr, на органы чувств. Терапевтический тиреоидизм по данным Coppez'a вызывает neuritis optica, по Yenneman'у аккомодативную астенопию.

Интересны морфологические изменения в крови при оперативном удалении щитовидной железы. Наряду с значительным уменьшением количества красных кровяных телец и гемоглобина отмечается лейкоцитоз, при чем особенно увеличено число одноядерных и эозинофильных клеток. Gardella и Marbe указывают, что после иссечения щитовидных и околощитовидных желез вязкость крови увеличивается, свертываньe крови же заметным образов замедляется, причем уменьшается опсонический показатель и фагоцитарные свойства крови, а посему полагают, что внутренняя секреция железы состоит 1) в положительной продуктивной деятельности и 2) в обезвреживаньи токсинов Указывают что животные подвергшиеся иссечению gl. thur, менее устойчивы против неорганических ядов, чем нормальные животные и что продолжительное введение щитовидной железы влияет благоприягно на эксприменталько вызванные туберкулезные и ложнотуберкулезные процессы (Frigoni). Roger и Garnier наблюдали после острых заразных болезней увеличение размеров и содержания коллоида в фоликулах щитовидной железы и в лимфатических пространствах, а также desquamatio эпителия фоликулов, что указывает на усиленную деятельность щитовидной железы, в тяжелых же случаях наблюдали полное отсутствие коллоида.

Интересные наблюдения были сделаны Ротерозеном во время его работы в Ферганской области. Там среди населения отмечается значительное распространение зоба, достигающего у туземцем очень больших размеров Однако туземцы—сарты его не лечат, считая зоб „божьим благословением". При любви туземного населения к лечению болезней вообще, ему это с первого взгляда казалось непонятным. Однако, позже он убедился, что народный инстинкт (вековой опыт) заключает в себе долю правды; отмечая, что все имеющие зоб не подвергались приступам малярии. Это был своего рода иммунитет. При обследовании солдат Кокандского гарнизона он нашел, что малярией переболели все за исключением 89 имевших зоб в ясно выраженной форме и 28 имевших неясную форму зоба. Отсюда он приходит к выводу, что увеличенная щитовидная железа обладает защитным свойством в отношении малярии, почему туземцы и смотрят на нее как на спасительное средство. Учитывая 1) общеизвестные явления кахексии при нарушении функции gl. thur, 2) уменьшение числа эритроци-

тов и количества гемоглобина при миксэдеме и оперативном атиреозе, 3) гибель животных, подвергшихся удалению щитовидной железы от интеркуррентных инфекционных заболеваний, 4) частое увеличение селезенки у животных, лишенных щитовидной железы, и приходит к заключению, что существует антагонизм между деятельностью gl. thyr и селезенки, что отчасти об'ясняется также различием их функций: селезенка вырабатывает белые кровяные шарики, а щитов. железа способствует вероятно образованию эритроцитов. Он предполагает, что в борьбе с нашествием патогенных бактерий участвуют железы внутренней секреции: щитовидная и селезенка и, возможно, что вырабатываемый при заразных болезнях антитоксин в крови обязан отчасти своим происхождением щитовидной железе, при чем там, где одни фагоциты не могут побороть малярийных паразитов, гнездящихся в эритроцитах, приходит на помощь гормон щитовидной железы со своим благотворным для человека влиянием на паразитов малярии. Это наблюдение проверено и подтверждается также и другими исследователями, которые для борьбы с малярией предлагают кроме применения хины и др препаратов заботиться об усилении деятельности gl. thyr. употреблением соответствующих препаратов gl. thyr. и иода. На влияние щитовидной при острозаразных заболеваниях указывает также и то, что из осмотренных школьников среди зобатых 80% перенесло от 2—4 тяжелых инфекций помимо кори; среди остальных же число перенесенных инфекций значительно меньше

Bayard приходит к убеждению, что зоб одновременно располагает к заболеванию раком по следующим соображением. Статистика рака в Швейцарии идет параллельно количеству зобов, ведущих к пониженной функции щитовидной железы; гипотиреоз же на основании экспрڅментальных подтверждений ведет к преждевременной старости, которая предрасполагает к заболеванию раком В Иркутске 16,5% секционного материала составляет рак, там же и много зобатых. У нас число зобатых возросло за время войны, число же раковых больных по данным д-ра Бабука как будто не увеличилось за этот же период, однако против его данных возражает проф. Кожевников. Это взаимотношение рака с зобом проф Завадовский об'ясняет следующим образом. Момент наивысшего напряжения в деятельности щитов. железы совпадает с периодом половой зрелости и это есть тот момент, когда щитовидная железа, с одной стороны, а половые с другой, взаимно уравновешивая друг друга регулируют жизнедеятельность организма, полного сил. Но именно этот период несет в себе самом зародыш своей гибели: усиленная напряженная деятельность щитовидной железы вступает в столкновение с половой железой и угнетает функции этой последней. приближая тем самым момент старческой депрессии. При периодическом чередовании половой депрессии с моментами бурной активности gl. thyr. способствует в начале развитию тех процессов, которые, как напр. облысение и поседение волос, обычно предшествуют старости и, наконец. наступает старость во всей ее полноте, когда процесс деградации быстро подчиняет себе все новые ткани и органы и неизбежно захватывает и самую щитовидную железу, подвергающуюся также процессу старческой атрофии и тогда старческие симптомы дополняются явлениями гипофункции gl. thyr, благоприятствующими развитию рака.

Французские авторы об'ясняют хронический суставной ревматизм недостатком функции щитовидной железы и такое же происхождение приписывают многим случаям нервной астмы, невралгиям, мигрени, вазомоторным и психическим расстройствам и доказательством своих взглядов считают успех лечения препаратами gl. thyr.

Какую же роль может сыграть возраст и школьная среда в смысле развития зоба? Здесь следует указать на мнение Штернберга, который считает, что для каждого возраста характерно соотношение и рост определенной группы желез. Так, до 7-ми лет превалирует gl. thymus, а щитовидная занимает 3-е место, после 7-ми лет gl thyr. выдвигается на 2 ое место, после 15-ти лет происходит новая перегруппировка. Однако у нормального среднего человека все гормон находятся в состоянии равновесия и устойчивости и своим влиянием предопределяют функции других органов и только при наличии конституциональной слабости эндокринного аппарата под влиянием критических периодов развития или пред'явления повышенных требований к организму может наступить расстройство в равновесий гормонов и нарушение их взаимной корелляции Расстройство деятельности щитовидной железы наблюдается чаще всего в школьном возрасте и так как она более других доступна определению и резче всего отражается на конституции растущего организма, то изменениям этой железы уделено наибольше внимание.

Подходя к массовому исследованию школьников невольно приходилось задумываться над тем, как можно точно установить границу между нормальной и увеличенной щитовидной железой и есть ли вообще это увеличение явление физиологическое или патологическое. По меткому замечанию Kocher'a зоб и зоб две вещи различные: зоб может указывать на гиперплязию функционирующей ткани щитовидной железы, но зоб может обозначать также перерождение, ведущее к выпадению нормальной функции. Пытаясь точно обозначить зоб с анатомо-физиологической стороны Kocher полагает, что анатомически зобом называется постоянное прогрессирующие увеличение щитовидной железы, характеризующееся усиленным ростом эпителия во всей железе или в отдельных ее участках, что влечет за собой увеличение клеток и пузырьков, а также ведет к новообразованию железистых пузырьков, проявляющих способность усиленного образования и скопления содержимого пузырьков как в самой железе, так и в ее узлах.

Что же касается физиологической стороны определения зоба, то Kocher считает физиологически нормальными также те железы, кои, несмотря на изменение их паренхимы, еще продолжают с успехом выполнять пред'явленные к нормальной железе требования организма. Так как анатомически измененная железа не перестает функционировать, то очевидно, с увеличением ее паренхимы выравнивается количественно ее физиологическая функция, а посему Kocher полагает, что причиной зоба является „нечто" затрудняющее нормальную функцию ее. Aschoff обозначает зобом взякое увеличение gl. thyr появляющееся спорадически или эндемически, будь оно обусловлено физиологическими изменениями или только гиперплязией железы, связанное либо со значительным развитием сосудов, либо злокачественным перерождением, либо разрастанием ткани в виде отдельных узлов.

Мюнхенская же комиссия по исследованию зоба предлагает, считать зобом всякую увеличенную не по возрасту щитовидную железу заметно изменяющую натуральные контуры шеи и выражающуюся в местных или общих болезненных явлениях; физиологическое же припухание gl thyr. в периоде pubertatis зобом по их мнению обозначать не следует. Однако Aschoff u Bürkle de la Camp. полагают, что, если ge. thyr. в местах пораженных зобом в период pubertatis, как обычно, физиологически припухает, то все же по сравнению с теми же изменениями желез в местах свободных от зоба является настолько патологически увеличенной, что не возникает сомнения в том, что железа, припухая, превращается в типичный зоб Из всех вышеуказанных определений видно, какое неясное, неточное и не всегда одинаковое опре-

деление дается зобу, так что для более детального его определения нужно помимо патолого-гистологических исследований производить исследования клинически с функциональной стороны железы, а также и со стороны процесса обмена веществ, что в условиях массового обследования было недоступно.

Исследования производились следующим образом: когда при первоначальной пальпации железу прощупать не удавалось, больным предлагалось сделать 1—2 глотка. Увеличенными считались те железы, которые уже ясно видны были на глаз, где шея представлялась распухшей или gl. thyr. была настолько изменена, что в наличии зоба нельзя было сомневаться. По мере возможности отмечались анатомические изменения, т-е имеется ли равномерное увеличение железы или образование узлов, консистенция и др., отмечалось еще каким образом увеличена железа, т-е вся ли железа или отдельные части ее.

При этом я придерживалась инструкции, выработанной швейцарской комиссией по исследованию зоба, считающей наиболее целесообразным деление щитовидной железы при ее исследовании на пять категорий.

В категорию 0 попадают те случаи, где удается прощупать лишь переднюю поверхность трахеи, gl. thyr. же прощупать не удается.

В категорию I—те, у коих на трахее ниже кольцевидного хряща имеется поперечная перетяжка—перешеек железы и такое-же утолщение ощупывается между перешейком и m. sterno-cleido-mastoid.

Катег. II—железу можно легко прощупать, но профиль шеи недостаточно ясно изменен.

Катег. III—увеличение gl thyr. настолько изменяет профиль шеи, что носитель такой железы, также и окружающие его отмечают „толстую шею".

Катег. IV—железа резко и заметно выдается и сразу диагносцируется как ясно выраженный зоб.

Конечно, в местах с эндемическим зобом нормальной железой считается то, что в местах свободных от зоба считается увеличенной железой. В наших исследованиях с несколько увеличенной щитовидной железой считались все те, которые по инструкции швейц. комиссии относятся к категории I; относящихся же к категории 0 считали здоровыми. Кроме того измерялась окружность шеи при руководстве следующими двумя опознавательными точками vertebra pominens и наиболее выдающийся пункт по средней линии шеи, причем полученные данные являлись ориентировочными при наблюдении за дальнейшими изменениями железы.

Под моим наблюдением находилось всего 3325 школьников; из них лишь 150 дошкольников от 3—6 лет и 3175 учащихся от 6—17 лет. Большинство из них я имела возможность наблюдать в течение 3—4 лет и таким образом могла следить за изменениями в размере gl. thyr. в течение всего периода. Учащиеся осматривались мной систематически 2 раза в год—осенью в начале уч. года и весной при окончании учебных занятий; кроме того я наблюдала их (зобатых) в середине года в разгаре учебных занятий от 1—2 раза в месяц. В число осмотренных школьников вошли учащиеся одной польской школы—480 чел., белорусской—380, чел., еврейской—320 чел., дошкольного детдома—150 чел., а остальные дети из двух многолюдных смешанных школ, охватывающих детей всех 4-х районов гор. Минска: школа № 4 и № 9.

Из общего количества 3325 исследованных с зобом оказалось 476, что составляет 14%. По возрастам все с зобами распределяются следующим образом.

Результаты осмотра учащихся с зобами—их распределение по возрасту.

Таблица I.

Возраст.	Число осмот.	Больн. зобом	Их % отнош.
3—6 лет .	150	—	—
6—10 „ .	1560	156	10%
10—15 „ .	1165	233	20%
15—17 „ .	450	85	19%

Из табл. I мы видим, что заметить увеличение gl. thyr. среди осмотренных детей в возрасте до 6 лет не удалось, что же касается детей от 6—10 лет, то большинство из них по состоянию gl. thyr подходило к катег. I и лишь очень небольшая часть к категории II. В возрасте от 10—15 лет количество зобатых значительно увеличивается и вместе с тем параллельно возрасту повышается и категория доходя до II—III, но, все же, большинство из них составляет категорию I—II.

Осмотренные дети с измененными щитовидными железами в большинстве своем являлись членами несостоятельных семей знакомых и с голодом, и с холодом, некоторые обращали на себя внимание своей бледностью, подавляющее большинство из них—80% уже успело перенести помимо кори от 2—4 тяжелых инфекционных заболеваний. При подробном опросе оказалось, что 27% из них живет в сырых полутемных подвалах остальные в более или менее благоустроенных жилищах. Пользуются водопроводной водой из городской станции 17%, остальные почти все колодезной водой из артезианских колодцев, небольшая часть пользуется и речной водой.

По социальному положению из них детей рабочих—28%.
„ служащих—15%.
„ торговцев—57%.

При наблюдении за их успешностью в занятиях оказалось:
со средней успешностью . . . . 55%.
отстающих и являющихся балластом для школ . . . . . 26%.
умственно одаренных и прекрасно успевающих . . . . 19%.

Помимо констатируемого мною зоба, проходилось отмечать у них еще целый ряд других симптомов, а именно:
Головные боли и головокружения . 30%
экзофтальм 45%
globus hystericus и друг. истерич. явления 35%
тахикардия 25%
громкие тоны 30%
потливость 10%
выпадение волос 10%
meno a dismenorlai 25%
st Asthenic 38%
st. thymico-lymphat 12%
далее нервность и раздражительность у родителей 24%
наличие зобов у родных 25%
психич. заболев. у родных 3%

По национальности исследованные распределяются следующим образом:

Общее колич. осмотр. евр детей	Колич. зобат.	% отнош.
1975	355	18%

Общее колич. осмотр. белорус. дет.	Колич. зобат.	% отнош.
725	87	12%

Общее колич. осмотр. польск. дет.	Колич зобат.	% отнош.
425	34	8%

Из рассмотрения этих таблиц видно, что зоб больше всего распространен среди еврейских детей, затем белорусских и менее всего среди польских.

По полу исследованные распределяются следующим образом:

Количество осмотрен. мальчиков.	Количество зобатых.	% отнош.
1056	135	13 %

Количество осмотрен. девочек.	Количество зобатых.	% отнош.
1544	341	22 %

Из этой таблицы видно, что среди девочек зоб более распространен чем среди мальчиков, но за то еще следует отметить, что в то время как у девочек он чаще мягкий и находится у категории I—II, у мальчиков твердый паренхиматозный и если уже имеется, то более резко выражен по категории II III. При наблюдении за зобом у одних и теж же больных я отмечала, что зоб не всегда у них представляется одинаковым, что в величине его всегда имеются колебания в пределах 1—3 ctm в окружности, при чем увеличение особенно сказывается весной ко времени окончания учебного года, когда дети перегружены занятиями. часто недоедают, и обнаруживают значительное переутомление; тогда же у них наростают явления тиреотоксикозов. Повидимому, нагрузка учащихся и есть то „нечто", что по мнению Kocher'а является причиной, затрудняющей нормальную функцию щитовидной железы Завадовский в своих наблюдениях над состоянием щитовидой железы у кур находит, что она обнаруживает повышение своей секреции осенью, когда куры проходят нормальное состояние линьки и исходя из этих наблюдений считает, что в секреторной деятельности эндокринных желез, а в частности gl thyr. существуют периодические колебания, которые находятся в зависимости как от времени, так и других внешних условий.Тоже подтверждает и Адлер, доказавший, что у зимоспящих животных во время спячки щитовидная железа подвергается обратному развитию, и Fenger, доказавший, что осенью и зимой gl. thyr. быков в 3 раза богаче иодом чем летом и весной, а посему в зимние месяцы она более активна.

Исходя из вышеуказанного и учитывая возможность аналогичных периодических колебаний в деятельности gl. thyr. также и у человека, мы все-таки не можем не учесть того значительного влияния, какое оказывает школьная обстановка (перегруженные классы), подчас нерациональная нагрузка всевозможными работами, недоедание, недосыпание, особенно к концу учебного года и не оттенить влияние школы на состояние gl. thyr.

К патологиям, обусловленным изменениями деятельности gl. thyr. относятся, как известно: 1) эндемический кретинизм, 2) спорадический кретинизм, 3) слизистый отек миксэдема, 4) formes frustes гипотиреоидизмов, 5) зобатость, 6) morbus Basedowi 7) ce formes frustes. Не входя в рассмотрение характерных симптомов каждого из вышеуказанных патологических состояний, я все же хочу указать, что при наблюдении за учащимися с зобом я отмечала, что те из них, кои отличались status'om астеническим их 38% имели gl. thyr., постепенно увеличивающуюся в возрасте от 11—15 лет, и наряду с ней постепенно наро-

стали также явления гипертиреоидизма, так наз. тиреотоксикозы или formes frustes, morbus Basedowi; школьники же отличающиеся thimico—lymphat habitus'om в 12% давали иную картину: у них gl. thyr. обращала на себя внимание своим размером уже в возрасте 9—11 лет, но дальше она не только не увеличивалась, а наоборот, уменьшалась.

Эти дети начинали больше расти в ширину, шея становилась широкой, зоб сглаживался, лицо начинало становиться несколько одутловатым, напоминая миксэдематозных так наз. formes frustes гипотиреоидизмов. У них педагоги начинали отмечать понижение успешности и способностей, которыми они и раньше не особенно выделялись. Таковых однако было меньшинство, большинство же составляла предыдущая группа. Что же касается остальных с нормальным сложением детей, то для них увеличенная gl. thyr, являлась случайной находкой и никаких особенных изменений у них отмечать не приходилось. Gl. thyr. не обнаруживала тенденции к значительному росту, но и не особенно заметно было ее уменьшение, она почти в течение всего времени наблюдения оставалась почти in statu quo ante, давая небольшие периодические колебания.

Из сказанного видно, что распространение зоба представляет далеко нежелательное явление среди школьников и для борьбы с ним нужны какие-либо меры. Однако, о мерах можно говорить тогда, когда ясна причина болезни. Eggelberger говорит, что недостаток иода есть главная причина появления зоба. Однако даже в пораженных эндемией зоба местностях зоб развивается не у всех; след-о существуют не только экзогенные, но и эндогенные причины, благодаря которым организм может изменить общую потребность иода в одних случаях и не может этого сделать в других, и если экзогенные причины, к каковым относят: 1) влияние воды, 2) однообразной пищи и т. д. можно устранить введением иода внутрь, то по отношению к эндогенным моментам, каковыми является конституция, темперамент человека, период pubertatis устранить, конечно, труднее. Троицкий в своих наблюдениях над участниками мировой войны отмечал значительное развитие зобов, связанных с аномалиями секреторной функции gl. thyr.—hyper или dysthyreoidismus, и считает, что к этиологическим моментам этого болезненного состояния здесь можно отнести 1) общее конституциональное нейропатическое предрасположение, 2) острые и хронические воспалительные процессы самой железы, 3) воздействия на gl thyr. со стороны болезненно функционирующих других желез внутренней секреции, 4) заболевания центральной и вегетативной преимущественно симпатической нервной системы и, наконец 5) особенно частым и важным этиологическим моментом он считает отрицательные психические аффекты и состояния длительного душевного угнетения, каковые пришлось немало испытать всем в период войны, а особенно жителям гор. Минска, как театра военных действий. Исходя из выше сказанного мы не должны удивляться увеличению числа зобов среди школьников, а наоборот, должны были этого заранее ожидать, что такой факт будет наблюдаться, ибо связь между gl. thyr. и ервной системой общепризнана.

Mikulicz и Reinbach считают, что щитовидная железа представляет собой своего рода мультипликатор, включенный в нервную систему. Получая импульсы от нервной системы gl. thyr. их перерабатывает в токи „высокого напряжения" и чем сильнее будет заряд этого физиологического мультипликатора, тем значительнее будет эффект его действия. Вполне понятно, что такая колоссальная психическая травма, как минувшая мировая война, усугубленная для активных участников ее—жителей пограничной полосы Белоруссии физическими тяготами и рядом напряженнейших психических переживаний не мог-

ла не вызвать наружу тех ненормальных конституциональных свойств нервной системы, которые по мнению Chwostek'а и Oswald'а составляют conditio sine qua non для возникновения тиреотоксикозов и зобов. По исследованиям Хлопина за 1912 г у 116458 учащихся в разных учебных заведениях России зоб был им найден лишь у 0,5% школьников, такой низкой цифры зобов мы нигде почти у заграничных авторов не находим; у Schlesinger'а зоб от 2,2%—2,8%; а теперь всюду число зобов значительно возросло Bayard считает, что рост эпителия в щитовидной железе, принимаемый за паренхиматозный зоб, есть приспособление всего организма к бедной иодом пище, т. е. как бы физиологическое явление, самозащита организма, но вместе с тем в этой гиперплязии приходится отмечать и патологические признаки, так как щитовидная железа в связи с понижением функции отдельных пузырьков преждевременно подвергается старческому изменению, что уже надо считать проявлением заболевания связанного с недостатком иода в питании. Исходя из вышесказанного Quervain предлагает приступить к профилактическим мероприятиям путем введения иода внутрь, причем имеет в виду главным образом школьный возраст, ибо у взрослых можно уже говорить только о хирургической помощи.

Профилактические меры для детей путем введения иода применялись во Франции, применяются они и в Германии, но в литературе есть указания, что при этом иногда наблюдались функциональные и гистологические изменения в половых железах.

Eggelberger занимаясь профилактикой зобов и его рецидивов при помощи иода приходит однако к заключению, что медикаментозная профилактика недостаточна.

Следует ли нам, учитывая все вышесказанное, приступить к аналогичным профилактическим мерам и если приступать, то нужна ли индивидуализация или массовое иодированье, как это проводится в Западной Европе

Учитывая то, что все же среди зобатых, у коих одновременно имеются и явления тиретоксикоза, отмеченные выше, большинство составляют дети с неустойчивой конституцией, называемой по Stiller'у астенической, которая, по мнению Mathes'а, представляет наследственную аномалию всго организма, состоящую в угнетении и недостаточной витальной энергии всех тканей, казалось бы, что следует приступить возможно раньше к введению планомерной профилактики путем устранения всех вредно действующих в этом направлении, внешних причин, мешающих всестороннему укреплению и правильному развитию организма и тогда может быть нам удастся также достичь восстановления работоспособности и правильной функции gl. thyr. В тех же случаях, где нам удается установить исключительное влияние экзогенных факторов в развитии зоба—недостаток введения иода внутрь, следует его, конечно, вводить с надеждой на успех в лечении.

Выводы:

1. Значительное распространение зобов среди школьников г. Минска ни в коем случае нельзя считать явлением физиологическим.

2. Преобладание среди школьников не только зобатости, но также и явлений гипертиреоидизма и дистиреоидизма подчеркивает вредное влияние как конституциональной слабости организма, так и внешних факторов.

3. Кретинизма в школе нет, нет почти также и резко выраженных форм как morbus Basedowi, так и myxoedem'ы; преобладают formes frustes гипертиреоидизмов.

4. Несмотря на значительное распространение зобов среди школьников гор. Минска и окрестностей (ибо многие из обследованных школьников—жители ближайших окрестностей), все же мне кажется, что Белоруссию нельзя считать страной эндемичной для зоба, а следует полагать, что нынешние наблюдения есть только эксперимент природы, результат массового повсеместного увеличения количества зобатых.

Косицин, отмечая значительное распространение зобов в Сибири, особенно по питьевым источникам, указывает на особенное влияние в этом направлении реки Тянсук, исходя из того лишь, что среди жителей по этой реке масса переселенцев из Минской и др. губ. Белоруссии, которые о зобе никогда не имели понятия. Повидимому, Белоруссия никогда не несла в себе источников, благоприятствующих развитию зоба, а теперь его развитию способствовала общая для всего населения причина, которая не пришла незаметно также и для Белоруссии.

5 Борьба с этой болезнью должна вестись путем улучшения жизненных условий, поднятия умственного уровня и экономического благосостояния народа и все же по мнению Оппеля возможно, что несмотря на улучшение общих условий жизни нам еще далеко не так скоро удастся добиться восстановления равновесия организма, ибо расстройства функции эндокринных желез могут длиться чрезвычайно долго, могут даже остаться на всю жизнь и внешне окрепший организм может поэтому еще долгое время оставаться неустойчивым ко всяким толчкам извне.

6. Необходимо возможно раньше приступить к применению профилактических мер для борьбы с этой физической немощью, а именно:

а) Понизить нагрузку в работе учащихся в критическом периоде как в области учебной, так и общественной.

б) Разгрузить школы, ибо постоянное переполнение школьных зданий при отсутствии вентиляции, содействует переутомлению школьников и благоприятствует развитию зобов.

в) Улучшить школьные помещения, что возможно в связи с от'ездом детдомов.

г) Приступить к медикаментозному лечению в тех случаях, где это необходимо.

Атипический случай тяжелой малярии.

Факультетской терапевтической клиники Б. Г. У. Директор Профессор С. М. Мелких *)

Р. Гинзбург.

Вернер выразился: „несмотря на интенсивную работу многих крепких умов, распознавание скрытой малярии почти невозможно". Скрытая малярия сопровождается локализованными в разных органах заболеваниями, затемняющими картину. Отмечаются в литературе случаи, давшие клиническую картину: 1) сильного спазма мочевого пузыря, заставившего больного обратиться за помощью в клинику; 2) недержание мочи; 3) дизентерийных поносов; 4) общие отеки; 5) нефрозо-нефриты; 6) ревматические полиартриты, перитониты и перихолецисциты. Во всех этих случаях при бактериоскопическом исследовании крови были найдены плазмодии малярии. Больные поправлялись после специфического лечения хинином, либо метиленовой синькой. Перехожу к нашему случаю. В факультетскую терапевтическую клинику Б. Г У. 18/XI 1924 г. поступила больная В. Г., 35 лет, домашняя работница, с жалобами на тупую ноющую боль в правой части живота и общую слабость. Считает себя больной 10—11 дней. Заболела сразу в ночь с 6 го на 7-ое ноября. Сильные боли в правом *подреберьи, отдающие в спину и правую лопатку* и сопровождающиеся повторной рвотой зеленого цвета. Боли с краткими перерывами продолжались до 11/XI. 16/XI боли возобновились с той же силой, держались до 17/XI и сопровождались рвотой.

Status praesens.

Сознание ясное. Положение больной активное. Питание хорошее. Т-° 36,4. Пульс 84, ритмичный, среднего наполнения и напряжения. Дыханий 20 в минуту. Окраска кожи бледная с желтоватым оттенком; легкая иктеричность склер.

Органы пищеварения: Язык слегка обложен, влажный. Аппетит удовлетворительный. Диспептических явлений нет. Стул задержан вторые сутки. Живот мягкий, невздутый, в области правого подреберья ощущается резистентность. Печень перкуторно увеличена, выступает из подреберья; поперечный размер по l. mamilar — $10^1/_2$ с/м; болезненна при прощупывании. Селезенка перкуторно не увеличена, не прощупывается; прекуторный размер ее 7 - 9 см.

Органы дыхания: Границы легких нормальны; верхушки стоят на 4 см. над ключицей; перкуторно в обоих легких ясный легочный звук; подвижность нижних легочных краев хорошая. На протяжении обоих легких выслушивается мягкое везикулярное дыхание; на правой верхушке спереди жестковатое дыхание с удлиненным выдохом.

Органы кровообращения: Сердечный толчек прощупывается в пятом межреберьи, кнутри от соска. Пульс—84. Число сердечных сокращений—84. Размер сердца—$8/3^1/_2$ см. Абсолютная тупость 4 см. Тоны сердца ясные, чистые.

---

*) Доложено в научном о-ве Минских врачей 9 мая 1925 года.

Menstrua начались на 15-м году, идут правильно каждые 28 дней продолжаются 4—5 дней, не обильны, безболезненны. В 30 лет родила роды ненормальные (щипцы); на 4-м году жизни ребенок умер от воспаления мозга.

Мочеиспускание свободное, произвольное, безболезненное.

Нервная система: Сон плохой; зрение и слух нормальны. Коленные рефлексы повышены. Глоточный рефлекс отсутствует. Дермографизм резко выражен.

Перенесенные болезни, условия жизни: В детстве перенесла корь. 6—7 лет тому назад приступ желчных камней, продолжавшийся один день, через 2 года—второй приступ; затем с промежутками в $1\frac{1}{2}$—2 года еще несколько приступов. Все эти приступы не отличались особой интенсивностью, желтухой и рвотой не сопровождались, легко проходили от одной ин'екции морфия. Камни не отходили. В 1918 г., по словам больной, перенесла испанку, продолжавшуюся около 2-х недель, а в 1920 году—возвратный тиф, давший 4 приступа Вливание Neosalvarsan'а не было произведено. После тифа общая слабость, головокружения.

Наследственность: Отец был алкоголиком, умер 65 лет от болезни сердца. Мать умерла 40 лет от болезни сердца. Больная не пьет, не курит; lues отрицает.

Больная прибыла в клинику 18/XI 1924 г. с резкими болями в правом подреберьи, сопровождавшимися рвотой. В моче желчные пигменты и уробилин выражены. Иктеричность склер. Лейкоцитов—30.000. T° 39,6 утром, 38,2—37,0 вечером. 20/XI опять припадок сильных болей. Jcterus. Печень $12\frac{1}{2}$ см. Ощупывание области желчного пузыря болезненно. Температура по утрам 37,4—37,6, по вечерам доходит до 39,6 Вызван хирург, подтвердивший наш диагноз—cholecystit. Больной ввиду угрожавшего прободения была предложена операция, от которой она отказалась. Через 6 дней боли прекратились. Желтуха исчезла. Температура субнормальная. С 12/XII систематическое чередование вечерней высокой и угренней нормальной температуры (36,8 утром и 39,6 вечером), знобы и поты, herpes labialis, увеличенная и болезненная селезенка, лейкоцитов—6.600—давали основание предположить малярию. После двукратного исследования крови были найдены во всем препарате всего 2 плазмодии malariae tertianae. Больной был назначен хинин по 2,0 prodie peros, os который она принимала втечение 8 дней. На высоте приемов хинина потрясающие знобы и жар не прекращались. Хинин был отменен. При повторных исследованиях крови плазмодии малярии не были найдены. В моче все время уробилин был резко выражен. При пробе Видаля для определения функции печени к-во лейкоцитов пало на 29%. От 15/I до 12/III систематические ежедневные знобы с повышением температуры до 40° и выше по вечерам и падение ее до 36° и ниже по утрам. Проливные поты. Резко выраженная желтуха. Селезенка 8-$12\frac{1}{2}$ см., выходит из подреберья, болезненна при ощупывании. Печень—17 см. Лейкоцитов—7.800—8.400. Реакция осаждения эритроцитов по Панченкову—60 в час. Проба Шмидта *отрицательная*. Кал *бесцветный*. Моча пивного цвета Желчные пигменты, уробилин резко выражены. Резистентность эритроцитов—50—36. Реакция Вассермана отрицательная.

Лейкоцитарная формула:

Лимфоцитов	22%	
Нейтрофилов	68%	12% юных; 28% палочковидных; 28% сегментированных
Эозинофилов	4%	
Базофилов	2%	
Моноцитов	4%	

Реакция на билирубин в крови Ван-дер-Бергу indirect—положительная. Повторные исследования крови на малярийные плазмодии давали отрицательный результат. Упорное отсутствие малярийных плазмодий, морфологическая картина крови (отсутствие лимфоцитоза и моноцитоза) и то обстоятельство, что больная в начале заболевания принимала втечение 8 дней безрезультатно хинин по 2,0 в день, заставило нас отказаться от малярии и считать, что мы имеем дело с септическим холангитом, за что говорил характер температуры, знобы, поты, желтуха, увеличенная и болезненная печень, Сдвиг влево по Шиллингу. Ввиду этого больной был назначен внутривенно уротропин и колляргол. Больная приняла интравенозно 8 вливаний 50% уротропина по 2,0,8 интравенозных вливаний колляргола, 18 клизм 1% колляргола по 100,0, но без всякого эффекта. Правда, нас все время смущало к-во лейкоцитов, дававшее при многократных исследованиях не больше 8.000,—и большая селезенка, которая увеличивалась на наших глазах, проба на serumbilirubin, давшая не прямую реакцию (при холангитах она обычно дает прямую двухфазную), низкое количество Hb в крови и, наконец, пульс в часы нормальной температуры в 60—70 ударов—все это навело нас на мысль, что может быть мы имеем дело с латентной формой малярии, провоцированной приступом холецистита (через некоторое время утихшего) и не поддающейся хинину. (А у нас в то время в той-же палате лежала больная малярией, не поддававшаяся хинному и neosalvarsan'ому лечению на протяжении 6 лет и давшая блестящие результаты от лечения во время пребывания ее в клинике метилен-бляу) 11/III мы назначили нашей больной комбинированное лечение хинина и метилен-бляу. Хинин назначен внутримышечно.

Chinini muriatici	5,0
Antipyrini	3,0
Agae destillatae.	10,

1,0 pro inijecio ежедневно и methylen blau 0,1×3 per os. Через 2 дня температура пала до нормы. Больной было сделано 19 ин'екций хинина, и втечение 20 дней она принимала methylen blau per os. С 13/III (т. е. через два дня после назначения комбинированного лечения) температура утром и вечером нормальная (мы ее наблюдали втечение двух месяцев) Желтуха исчезла. Аппетит хороший. Количество Hb с 48 повысилось до 60%. Количество эритроцитов с 2.800 000 до 3.500.000. Реакция осаждения эритроцитов вместо прежних 60 м/м. дает 35 м/м. в час. В моче уробилин и желчные пигменты отсутствуют. Кал окрашенный. Проба Шмидта положительная. Размер печени по l. mamilar—12 см., легко прощупывается плотный, безболезненный край. Селезенка перкуторно увеличена, при вдохе болезненна, легко прощупывается.

В результате ежедневных приступов малярии на протяжении двух месяцев больная получила гепатолиенальный цирроз малярийного происхождения, не поддающейся специфическому лечению, описанный Jonesk'o и Popper'ом под назваинем „парамалярийного заболевания".

Описанная нами больная представляет, по нашему мнению, большой интерес потому, что мы имеем здесь атипическую форму малярии, вызванную к жизни тяжелыми приступами печеночной колики с холециститом, заставившую нас прежде всего думать о септическом холангите, как продолжение холецистита, поддающуюся только комбинированному лечению внутримышечных ин'екций хинина и метилен-бляу per os. Гепатолиенальный цирроз, оставшийся у больной че-

рез 3 месяца по прекращении лихорадки, мы считаем парамалярийным заболеванием, не поддающимся специфическому лечению. Особенный интерес этот случай приобретает еще и потому, что больная— местная жительница, и Минск вообще считается местностью не малярийной.

В заключение выражаю свою благодарность профессору С. М. Мелких за руководство.

Современные воззрения на физиологию и патологию кроветворения.

(Терапевт, Факультет, Клиника Б.Г.У. Директор кл-ки проф. С. М. Мелких).

Д-р А. Поляк.

Научная мысль всех стран за последнее время с особенной интенсивностью взялась за изучение физиологии и патологии кроветворения. Некоторые медицинские журналы, как напр. „Zeitschrift der inneren Medizin", даже завели специальный отдел „Селезенка и кровь", и отдел этот едва ли не самый обширный в журнале.

О крови пишут и хирурги, которым в последние военно-революционные годы приходилось работать в условиях огромных кровопотерь, и терапевты, которых эпидемии последних лет заставили углубиться в старинную проблему „дурной крови", и акушеры и ученые экспериментаторы.

Наша задача дать обзор всего нового по вопросам физиологии и патологии кроветворения и сделать это в весьма сжатой форме, так как подробное изложение далеко выйдет за пределы журнальной статьи. Если в прежнее время мы имели те или иные сведения о функциях кроветворящего органа, как такового, то научная мысль современности старается создать из приобретенных данных цельную систему, в которой функции разных органов кроветворения связаны между собою и регулируют друг друга то в смысле взаимного активирования, то в смысле угнетения, чем кроветворение и поддерживается в определенном тонусе. Даже сама кровь, которую мы, с этой точки зрения, понимали до сих пор лишь как переносчицу немногих нам известных и многих загадочных гормонов, оказалась свободной жидкой тканью, вырабатывающей гормоны, тканью с внутренней секрецией.

Останавливаясь на деятельности отдельных органов кроветворения, мы прежде всего должны коснуться вопроса о функциях селезенки.

I. Селезенка.

Кроме известного нам о свойствах селезенки, как органа производящего лимфоцитов в норме, миэлоцитов при миэлогенных лейкемиях, когда костно-мозговая ткань возникает и в селезнке, и нормобластов (эритроцитов с ядром) в тех случаях, когда селезенка выступает как викарный орган (напр. при разрушении костного мозга новообразованиями), селезенка по мнению французских авторов (Le Sourd Pagnier) производит бляшки Биуоцеро. Взгляд этот совершенно оставлен немецкими учеными, считающими, что бляшки производятся в костном мозгу и быть может происходят из разрушенных ядер нейтрофилов.

Селезенка является важным комплементофильным органом.

При удалении ее у иммунизированного животного происходит сильное ослабление процесса образования антител.

Селезенка разрушает форменные элементы. Эта деятельность селезенки, обусловливающая периодическое омоложение картины крови, имеет, как мы увидим из дальнейшего, чрезвычайно большое значение. Заключаем мы об этом по нахождению уробилина в моче в тех случаях, когда эта сторона деятельности селезенки патологически усилена, а так же по ускоренной на непрямой реакции Van der Bergh'a на присутствие билирубина в сыворотке крови. Лейкоциты разрушаются в селезенке лишь в патологических случаях (при icterus infectiosus и при лейкемии (фагоцитоз). В ней же разрушаются бляшки Bizozero (тромбоциты), число которых значительно увеличивается после спленэктомии (Cori). При purpura с тромбопенией (morbus Werlhofi) разрушение тромбоцитов в селезенке резко увеличено, почему в этих случаях и применялась спленэктомия с весьма удачным исходом (Kaznelson). Разрушение эритроцитов совершается главным образом путем гемолиза (частично, может быть, имеет место и фагоцитоз клетками ретикулярного эпителия).

В селезенке, как в комплементофильном органе, происходит по современным воззрениям сложная биологическая реакция растворения эритроцита при наличии рецентора 3-го порядка (гемолиз) и необходимого комплемента (Lepehne). Все это подтверждается нахождением гемоглобина в плазме селезеночной вены и нахождением там же свободного железа (Hirschfeld). Это железо доставляется из селезенки в костный мозг, где из него вновь формируются эритроциты. Другим доказательством роли селезенки в разрушении эритроцитов служит то обстоятельство, что в артерии селезенки кролика мы находим 5.000.000 эритроцитов, а в вене лишь от 1.000.000 до 500.000, между тем, как количество гемоглобина в артериях и селезеночной вене приблизительно одинаково. Отсюда следует, что кровь селезеночной вены гемолизирована и гемоглобин растворен свободно в плазме (Frey). Разрушая эритроциты, селезенка создает, с одной стороны, материал для дальнейшей их выработки костным мозгом, а с другой—материал для производства билирубина желчи, которая после спленэктомии всегда бедна красящими веществами (Puglise), а при усиленной деятельности селезенка богата уробилином (Pribaum). Значение гемолитической функции селезенки настолько велико, что после удаления ее, функция эта переходит к другому органу, и мы обнаруживаем отложение свободного железа в звездчатых клетках печени (Schmidt), в легком и почках (Bittner). Случайные наблюдения над трупами спленэктомированных привели к ряду спленэктомий и аутопсий на животных и в настоящее время мы имеем точные патолого-гистологические описания изменений в викарных для селезенки органах (Noschikava u Tokagi). Чрезмерное растворение эритроцитов ведет к чрезмерному образованию желчи при так называемой гемолитической желтухе (Minkovsky).

При удалении селезенки в этом случае исчезает чрезмерное разрушение эритроцитов, а с ним и плейохромия желчи. По мнению некоторых исследователей при гемолитической желтухе билирубин формируется даже в самой селезенке (Eppinger). При пернициозной анемии гемолиз в селезенке также чрезмерно увеличен, что навело некоторых на мысль о целесообразности в этом случае спленэктомии. Развитие викарных органов мешает и здесь, однако, достижению абсолютных результатов.

Как *орган с внутренней секрецией* селезенка действует на костный мозг, регулируя кровотворение, как в смысле угнетения, так и возбуждения костного мозга. При экспирпации селезенки костный мозг производит такое количество эритроцитов, бляшек и нормобластов, что картина крови может дать полицитемию, вызванную отсутствием разрушающего органа (Lepehne). Наоборот, при инфекционных болез-

нях увеличение селезенки дает уменьшение количества эритроцитов, тоже и при morbus Banthi. Но селезенка, в которой гибнут форменные элементы крови (эритроциты и бляшки) тем не менее действует на костный мозг возбуждающим образом. Выпуская у собаки кровь, дефибринируя ее, разрушая эритроциты и вводя тем же собакам под кожу, удалось вызвать в крови увеличение количества эритроцитов (эритроцитоз), вследствие усиленного активирования костного мозга разрушенными эритроцитами. Отсюда был сделан вывод, что в веществе эритроцита находится гормон, освобождающийся при гемолизе, активирующий костный мозг и вызывающий энергичное производство эритроцитов (**N**aswitis, Furukawa). Повторяя тот же опыт на спленэктомированных животных эффекта не получали. Из этих опытов Naswitis'ом были сделаны следующие выводы: 1) вводимые с кровью вещества действуют сначала на селезенку, которая в свою очередь активирует костный мозг; 2) селезенка через посредство гормонов посылает костному мозгу то подавляющие, то возбуждающие импульсы, подобно тому, как она это делает по отношению к органам пищеварения. Мы не можем здесь не упомянуть о том, что русские ученые задолго до последних опытов указывали на двойную функцию селезенки (Фофанов и Михайлов в 1913 году, Страдомский в 1916 году).

Вопрос о влиянии селезенки на костный мозг вновь вызвал оживленный обмен мнениями на VIII-м Всесоюзном с'езде терапевтов в связи с экспериментальным докладом д ра Мясникова из клиники проф. Ланга „Влияние селезенки на течение экспериментальных анемий". Выступавший в прениях Страдомский отказался от своего старого взгляда и согласился с тем, что селезенка действует на костный мозг только в *смысле возбуждения его деятельности.*

О других внутрисекреторных свойствах селезенки упомянем здесь кратко Селезенка, как видно из предыдущего, освобождая железо разрушенных эритроцитов и доставляя его печени тем регулирует обмен железа. Она также играет несомненную роль в процессах пищеварения, набухает после приема пищи и задерживает перистальтику кишек, которые у спленэктомированных животных резко и усиленно перистальтируют (Dawidson). Рассмотрев многочисленные и разнообразные функции селезенки, мы видим, что показания к ее удалению ограничены, но что с другой стороны можно жить и без селезенки.

Богатый и интересный материал по хирургии селезенки опубликовал Eulenburg*), к которому и отсылаем интересующихся.

II. Костный мозг.

Перейдем теперь к деятельности костного мозга. Этот орган в отношении кровотворения—только созидающий орган. Нахождение в крови эритроцитов с ядрами указывает на усиленную деятельность костного мозга. Молодые формы вообще устойчивее старых, и применяя терапевтические дозы мышьяку, мы можем судить о функциональной способности костного мозга по картине крови.

Мышьяк действует в два момента. Сначала он разрушает эритроцит, а затем освобожденным гормоном активирует костный мозг к дальнейшему кроветоврению (см. выше) Если костный мозг не активен, в токе крови преобладают старые формы, которые быстро разрушаются, между тем как молодые не производятся (Шустров и Владос).

Для изучения функциональной способности костного мозга применяются три метода: а) метод Morawitz'a—Sauerstoffzährung, где по

*) Eulenburg—„Folia haematologica". Апрель 1922 г.

количеству поглощенного красн. кров. шариками кислорода судят о молодости эритроцита (в России почти не применяется); b) интравитальное окрашивание. Выступающая при этом так называемая substantia granulo-filementosa говорит за молодость эритроцита и с) метод определения стойкости эритроцита по отношению к солевым растворам.

Переходя к вопросам об увеличении и уменьшении количества эритроцитов или как теперь говорят „Эритроцитозу“ и „Эритропении“, мы должны коснуться и тех случаев, которые не зависят от деятельности селезенки. От эритроцитоза как физиологической реакции, подобной лейкоцитозу, надо однако отличать полицитемию болезнь эритроцитов, аналогичную лейкемии лейкоцитов. Экспериментально эритроцитоз возникает при ин'екции в кровь небольших доз тиреоидина (0,1), из чего можно сделать вывод, что гиперфункция щитовидной железы может вызвать эритроцитоз, а атрофия эритропению, что фактически и наблюдается. При подсчете крови у базедовиков количество эритроцитов увеличено, у микседематиков уменьшено (Zondek). Ряд авторов указывает и на другие причины эритроцитоза. Эритроцитозы ассимилируют кислород. Поэтому, если кислорода мало (у летчиков, у жителей гор), количество эритроцитов возрастает. При кислородном голодании наблюдается кроме того увеличение % отношения гемоглобина, лейкопения, нейтропения, гиперлимфоцитоз и эозинофилия (Gutstein); те же явления наблюдались у лиц с искусственным пнеймотораксом (Meyer, Seyderhelm)*). Кислородное голодание, как известно, отражается на щитовидной железе, которая реагирует на него гиперфункцией Эритроцитоз же есть результат гиперфункции щитовидной железы.

Здесь нельзя также не коснуться вопроса о так называемых физиологических лейкоцитозах (лейкоцитоз пищеварительный, лейкоцитоз беременных и друг). С легкой руки Schilling'a, Eppinger'a и др. все чаще раздаются голоса в пользу об'яснения этого явления „распределительным лейкоцитозом“, при котором под влиянием вазомоторных реакций лейкоциты усиленно перемещаются из центральной крови в периферическую. Интересна в этом отношении работа проф. Завадского, который наблюдал у сабак увеличение количества лейкоцитов в обычные для кормления часы даже в том случае, когда кормление не производилось, и в необычные часы при подразнивании пищей. Такой же лейкоцитоз наблюдался в периферической крови голодающего больного, когда его сосед по койке поглощал завтрак. С этой точки зрения пищеварительный лейкоцитоз есть лейкоцитоз распределительный, вызванный условным рефлексом.

Теперь перейдем к рассмотрению тех причин, от которых зависят *прогрессирующие анемии; злокачественная анемия* Biermer'a и другие. Причину пэрнициозной анемии видят в поражениях нервной системы (Zondek), в заражении anguilla intestinalis (Kempek) или иными кишечными паразитами. Удалось in vitro вызвать в крови картину пернициозной анемии, применяя ряд липоидов, добытых из кишечных паразитов, ботреоцефалин из botriocephalis latus, тэнин, аскирин и др. или пользуясь для этой цели прививкой кроликам вытяжки из кала зараженных паразитами животных.

Патологическая анатомия заставила медицинскую науку определенно отграничить от типичной Biermer'овской злокачественной анемии—„*анемию апластическую*“. При последней мы имеем деструк-

---

*) Исследуя кровь у туберкулезных больных, которым наложен первичный пнеймоторакс, я часто наблюдал увеличение % отношения гемоглобина и количества эритроцитов (приблизительно в 3/4 случаев). Эритроцитоз часто отсутствовал при повторных пнеймотороксах и при недостаточном сдавлении легкого.

тивные изменения в костном мозгу, атрофию кровотворящих клеток, результатом чего является значительное уменьшение количества эритроцитов и белых кровяных шариков с зернистостью. Полное отсутствие молодых форм красных шариков (ядерных нормобластов) указывает на крайнее ослабление костного мозга и отличает заболевание от пернициозной анемии, картина крови которой во многом с ней сходна (Sternberg).

В то время, как апластическая анемия может развиться из всякой анемии путем утомления вещества костного мозга, пернициозная развивается лишь при наличии соответствующей конституции, допускающей возврат к эмбриональному кроветворению (нормобласты). При пернициозной анемии мы имеем даже как бы усиленное функционирование костного мозга (мнение Eppinger'а). Допускается при этом и возможность перехода одних форм. элементов в другие).

Стоит ли *morbus Werlhofi* в какой либо связи с описанными формами *прогрессирующих анемии?* Кровоизлияния при этой болезни зависят от недостаточного числа бляшек Бицоцеро („тромбоцитов" по немецкой номенклатуре). С этой точки зрения процесс об'ясняется Sternberg'ом в следующем виде. Мы имеем заболевание костного мозга, который по некоторым причинам лишается способности производить сначала тромбоциты и лейкоциты, а затем эритроциты, т. е. переходит в „апластическую" анемию (переход от „тромбопении" к „алейкии" длится то годы, то недели и происходит потому, что костный мозг должен непрерывно пополнять ту убыль в эритроцитах, которая происходит от непрекращающихся кровотечений. В результате утомление и атрофия костного мозга). Вопрос, значит, в том, вызывается ли кровотечение недостатком тромбоцитов или, наоборот, недостаточное количество тромбоцитов есть результат атрофии костного мозга на почве слишком больших к нему запросов, вызванных кровотечениями. На этот счет имеются два взгляда. Одни полагают, что апластическая анемия с недостаточным производством тромбоцитов—причина Werlhof'овой болезни (Frank), другие, напротив, полагают, что тромбоциты усиленно разрушаются главным образом в селезенке, что и вызывает кровоизлияние и называют эту болезнь, протекающую при увеличенной селезенке, purpura с тромбопенией (Kaznelson). В медицинской литературе описаны случаи как первого, так и второго типа („morbus Frank'a и morbus Kaznelsoni")

В отличие от описанной выше вторичной апластической анемии (Erlich'a) Предтеченский вместе с Vagner, Aubertin'ом и другими описывает более редкие формы прогрессирующей анемии, напр. первичную апластическую анемию, протекающую с гипоплазией кроветворных органов, зависящей от определенной конституции (семейные заболевания) и сопровождающееся утолщением костей и гипоплазией ряда внутренних органов. Удавалось также у кроликов вызвать апластическую анемию отравлением ряда поколений матерей небольшими дозами гемолитического яда фенил-гидразина (Шустров).

Апластическая анемия такого рода сопровождалась кровотечениями и клинически напоминала morbus Franki В гинекологической литературе, описывается также пернициозная анемия intra graviditatem результат токсикоза беременных, наступающая на 8-м, 9-м месяцах, и ведущая к безболезненным преждевременным родам без потери крови от которых женщина обыкновенно погибает (Döderlein, Alnfeld, Vagner, Stieda Rumphf применял при них с успехом трансфузию крови).

Классификация анемии с кровоизлияниями.

Остается сказать еще несколько слов о кровоизлияниях, зависящих от тех или иных конституциональных причин и об'единенных

200 лет тому назад под общим названием болезни Werehof'а. В настоящее время ее делят на 4 подвида.

1) авитаминозные кровотечения, зависящие от недостатка витаминов в продуктах питания. Кровоточат определенные органы и части тела (десна при цынге);

2) гемофилия, при которой кровоточивость зависит от медленного образования фибрин фермента и недостаточной свертываемости сыворотки крови (впрыскивать сыворотку);

3) тромбопения, при которой кровь свертывается, но сверток не закупоривает раны из за отсутствия тромбоцитов („morbus Franki“ или „morbus Kaznelsoni“);

4) непрерывные кровотечения из женских половых органов гормонального характера, зависящие от гиперфункции яичников (Klemperer).

Выводы, касающиеся терапии болезней крови.

Мы не можем здесь остановиться подробно на вопросе о терапии болезней крови. Укажем лишь кратко на те практические выводы, которые были сделаны из наблюдений физиологов и патолого-анатомов. Здесь нам приходится иметь дело как с совершенно новыми методами так и со старыми, получившими новые рациональные обоснования.

Спленэктомия стала реже применяться при лейкемиях, чаще при purpura с тромбопеней (Kaznelsoni) и гемолитической желтухе. Описаны два случая лечения пернициозной анемии наложением anus praeternaturalis (Seyderhelm) Автор исходил из того положения, что гемолитическое действие происходит от токсинов толстых кишек, и накладывая **anus** praeternaturalis выключил весь толстый кишечник. Оба больных выздоровели и по выздоровлении пожелали уничтожения искусственного anus'а.

Толстый кишечник вновь был включен, после чего пернициозная анемия возобновилась у обоих больных, и оба погибли. Практика войны привела к старому методу лечения анемии (особенно от кровопотерь) переливанием крови. Опыт показал, что вливание физиологического раствора, поддерживая сосудистый тонус, не оказывает влияния на картину форменных элементов крови. При переливании крови вводятся новые эритроциты, воспринимающие кислород, сыворотка с ее защитительными свойствами и гормоны, возбуждающие кроветворный аппарат (Cohn).

Особенно благоприятны переливания от близких родственников (Lesspinose, Liebmann, Ottenberg). По одним авторам переливание не возбуждает нового кроветворения (Opitz); по другим—введенная кровь побуждает к деятельности щитовидную железу (см выше), а последняя активирует костный мозг (Mansfeld); по третьим—надлежит вводить сыворотку крови как протеннотерапию (Sshmidt, Carnot); четвертые базируясь на опытах Furukawa и Naswitis'а рекомендуют вводить под кожу или внутримышечной 10 к. с. дефибринированной крови с разрушенными эритроцитами („раневой гормон“), при чем кровь может быть взята у другого суб'екта (Gross) или у самого больного (Furukawa). Многие применяют переливание крови при больших кровопотерях немедленно, и ин'екции при последовательном лечении. При переливаниях необходимо предварительными лабораторными опытами (проба Heller'а) над кровью донора и реципиента убедиться, что при переливании не угрожает гемолиз (Götting) и что реакция Wassermama отрицательна (Oeliker, Hempel). Были также предложены ин'екции неосальварсана липоидов эритроцитов (Itami), ин'екция гематина, тиреодина и небольших доз иода для возбуждения костного мозга.

Полицитемию предложено лечить вдыханием кислорода (см. выше об эритроцитозах при кислородном голодании), антитиреодином и выскабливанием костного мозга больных костей (Entmor Kung).

С другой стороны, некоторые авторы отмечают, что выскабливание костного мозга активирует соседние невыскобленные клетки, и применяют этот способ для лечения прогрессирующих анемий.

Возможно, что многое и ошибочно в современных взглядах на процесс кроветворения. Быть может от многого придется со временем и вовсе отказаться, но одно для нас ясно. Мы вновь стоим перед воззрениями древних на всякую болезнь, как на процесс совершающийся в крови и подводим рациональные обоснования под то, что Гиппократу подсказывала интуиция.

Источники:

1) Страдомский. „Русский Врач“ 1916 г. № 47.
2) В. Предтеченский. „Русский Врач“ 1916 г. № 14.
3) Реферат о Seyderhelm'е. „Врач. Газ.“ 1922 г. № 7—8.
4) Bruno Cohn. „Врач. Обозрение“ 1922 г. 25/V.
5) Шустров и Владос „Врач. дело“ 1922 г.
6) Об Engelkind'е, Zondek'е, Frey рефераты во „Врач. Деле“ за 1922 г.
7) Furukawa там же.
8) Naswitis.—„Deutsche, Med. Wochenschrift. 1/I 1922 г.
9) Gross—id. 27/X 1922 г.
10) Zondek.—id 4/VII 1922 г.
11) Haboth—id. 7/III 1922 г.
12) Lepehne.—„Deutsche. Med. Wochenschrift. 1/XII 1922 г.
13) Naschikawa. und. Fo kagi.—Id. 11/VIII 1922 г.
14) Gôtting.—Id. 8/XII 1922 г.
15) Autor.—Id. № 3. 1923 г.
16) Sternberg. Id. № 3. 1923 г.
17) Opitz. Id. № 4 1923 г.
18) Gutstein.—„Folia haematologica“. Апрель 1922 г.
19) Eylenburg.—id. Апрель 1922 г.
20) Klemperer.—Therapieder Gegenward. Янв. 1923 г.
21) Schramm. „Врач. Газета“. 1923 г. реферат.
22) Morawitz. „Врач. Газета“. 1923 г. реферат.
23) Мельников-Разведенков. „Врач. Дело“. 1923 г. № 2.
24) Hermann. Full. „Mediz. Klinik“. 1922 г. № 2.
25) Kaźnelson. — „Beitrag. zur Entstehung des haemolitischen icterus“.
26) Porkes-Weber.—Zentr der inneren Medizin. № 26. 1921 г. реферат.
27) Rumpf—Deufsche Med. Wochenschrift. 1923 г. № 14.
28) Хосроев Клиническая гематология. (Учебник).
29) Schilling.—Das Blutbildund seineklinische Verwänduug. (Руководство для врачей). Изд 1922 г.
30) Walterhöfer. „Deutsche Med. Wochens shriff“. 14/XII 1923 г.
31) Schilling. Практическая гематология. Изд. 1924 г.
32) Ловский Журнал для усоверш. врачей. 1925 г. № 5.
33) Гессе. „ „ „ „ „
34) Мандельштам. Журнал для усоверш. врачей 1925 г № 5.
35) Материалы VIII Всесоюзного с'езда терапевтов в мае 1925 г.:
a) Г. Ф. Ланг. „Патогенез и клиника анемий“.
b) Истаманова, Мяснков, Святская „Влияние селезенки на течение экспериментальных анемий“.
c) Завадский. „Привычка и лейкоцитоз“.
d) Завадский. „Условно рефлекторный пищеварительный лейкоцитоз“.

Отчет

о работе санитарно-гигиенического отдела Белорусского Пастеровского института.

(Директор проф. Б. Эльберт).

Маг. фарм. Д. Найдус.

Произведенные в течение истекшего года 895 исследований могут быть разбиты на следующие отделы: 1) исследования санитарно-гигиенические, 2) исследования фармацевтических препаратов, технохимических продуктов, веществ неизвестного состава и 3) исследования, носящие характер судебно-химический.

Среди санитарно-гигиенических исследований первое место в количественном отношении (308 анализов) занимает *мясо и мясные изделия;* такое усиленное внимание к этим продуктам вызвано было появлением в городе слишком частых заболеваний гастроэнтеритом, после употребления в пищу мяса и мясных изделий; около 28% доставленных образцов оказались недоброкачественными; 72 пробы дали ясно положительную реакцию по Эберу, при одновременном изменении цвета, консистенции и запаха; дальше идут образцы червивые, покрытые плесенью, изгрызанные крысами, финнозные, окрашенные посторонними красками, даже анилиновыми и содержащие на поверхности кристаллы триппель-фосфата; на основании этих исследований было органами санитарного надзора уничтожено много недоброкачественного и подозрительного материала; должен указать, что среди тех образцов колбас, в которых никаких признаков разложения не замечалось, часто всречались образцы с низкопробным фаршем, увеличенным количеством воды, либо крахмала, но за отсутствием у нас в Белоруссии стандаризации пищевых продуктов эти фальсификации остаются ненаказанными, между тем, как требованием максимального содержания в колбасе крахмала в 2% и соблюдения коэффициента Федера, указывающего на отношение количества жира и нежировых органических соединений (без солей) к воде, качество мясных изделий значительно повысилось бы.

В процессе обследований мяса и мясных изделий мне, как, вероятно, и другим лицам, занимающимся санитарно-гигиеническими исследованиями, часто приходилось задумываться над доказательностью реакции Эбера, для диагностиривания начавшегося процесса разложения мяса; то, что нельзя ограничиваться одной этой реакцией, известно давно; недавние работы д ра Бурштейн (Профилакт. медицина N 4) лишний раз доказывают, что часто наблюдается ясно-положительная реакция на NH_3 по Эберу в безусловно свежем продукте; некоторые авторы об'ясняют появление в таких случаях NH_3, как результат тканевого обмена веществ в клетке, совершающегося еще в течение известного времени после смерти животного, но трудно провести грань между биологическим и патологическим аммиаком, тем более, что не все моменты гниения изучены полностью; в противоположность мясу, колбаса никогда не бывает свободной от микроорганизмов; количество

же их находится в зависимости от характера фарша, чистоты кишек, способа изготовления колбас и т. п.; если колбаса плохо проваривалась или вообще не подвергалась консервированию, то микроорганизмы распространяются по всему фаршу равномерно; если колбаса мало коптилась, то наружная часть окажется стерильной, а внутренняя — может содержать жизненноспособных микробов; вероятно этим об'ясняется частое констатирование д-ром Бурштейном слабо-положительной реакции по Эберу не с наружными, а с более глубокими частями мяса; иногда бывает наоборот; микроорганизмы развиваются лишь по поверхности и в глубь не распространяются; это бывает при т. н. аэробном гниении; надо различить 2 типа гниения; аэробного и анаэробного; Bienstok, Gottseheich, Pasteur и Rettger считают, что гниение мяса обусловливается только анаэробными бактериями, непосредственно-вызывающими расщепление белков; аэробы играют второстепенную роль; они окисляют измененные белки до конечных продуктов распада; другие авторы, как Rosenbach, Hauser, Kruse полагают, что сами по себе аэробы также способны вызвать гниение; для некоторых сортов мяса, как овечье мясо и солонина, дающая триметиламин, реакция Эбера вовсе непригодна и не должна применяться.

Предложенная некоторыми исследователями для диагностирования начальной стадии разложения мяса, реакция определения присутствия фенолов, образующихся при гниении мяса, для копченых колбас не годится, т. к. дым всегда содержит меньшее или большее количество фенолов; несомненно, что в виду сложности вопроса санитарная оценка мясных изделий должна базироваться на совокупности признаков: физических, химических, микроскопических, иногда и бактериологических; при микроскопическом исследовании испорченного мяса можно видеть обложение мышечных волокон бактериями, исчезновение поперечной полосатости, иногда среди волокон попадаются кристаллы триппель фосфата; начинающееся гниение иногда можно узнать химическим определением биологических свойств тех бактерий, которые, нуждаясь в кислороде, восстанавливают N_2O_5 и обесцвечивают Methylenblau; известны 3 метода 1) исчезновение кислорода по Винкнеру, 2) отсутствие N_2O_5—дифекиламином и 3) обесцвечивание methylenblau раньше часа.

Следующим об'ектом по количеству занимает *вода* (125 образцов) годных оказалось 81, негодных 30, а 14 подозрительных; 3 пробы воды были доставлены для определения их пригодности в дрожжевом производстве; к такой воде пред'являются определенные специфические требования, именно: она не должна содержать много солей Ca и Mg, задерживающих или замедляющих проростание ячменя, но и не должна быть слишком мягкой (оптимальная жесткость=10—30 немецким градусам); особенно вредными являюся хлориды; присутствие гипса уменьшает выход солода и осаждает фосфаты, вследствие чего происходит плохое питание дрожжей; одна проба воды была доставлена с просьбой выяснить кипяченая ли она? к сожалению точных методов к разрешению этого вопроса пока не выработано и не вышли еще из стадии лабораторных опытов; иногда ведет к цели сравнение жесткости испытуемой воды с жесткостью того источника, из которого вода взята; если в каком-либо пункте издается постановление о приготовлении прохладительных напитков на кипяченой воде, то не бесполезно выяснить на месте, соответствует ли пропускная способность перегонного аппарата количеству выпускаемых заведением прохладительных напитков; в летние месяцы исследовано 15 проб *кваса и ситро*; из них 10 проб содержали сахарин, а два образца вдобавок окрашены анилиновой краской; по отношению к сахарину у органов санадзора нет определенной законодательной линии; гигиена

же не считает сахарин индефферентным веществом; если сейчас невозможно запретить полностью применение сахарина, то необходимо по-крайней мере требовать, чтобы на бутылках с прохладительными напитками, содержащих сахарин, не красовались этикеты, что напитки изготовлены якобы на чистом рафинаде.

Из 67 проб *коровьего молока* 33 признаны фальсифицированными (прибавка воды, снятие жира, комбинированная фальсификация); один образец молока оказался кровянистым, а один—признан мало питательным, ввиду преобладания мелких шариков жира; в общем надо констатировать, что за последнее время качество рыночного молока значительно ухудшилось—результат слабого саннадзора за этим продуктом; возможно, что тут сыграло роль установление нормы жира молока для города Минска в 3,3%; поставщики молока, ориентируясь на эту норму, не выпускают на рынок цельного молока; в то время как прежде попадались образцы с содержанием жира в 4—5,5% за этот год максимальное количество жира найдено в 3,4% жира; *молочные продукты*: сыры голландские, бакштейн и др., а также сметана, не оказались на высоте; сыры б. ч. неправильно созревшие и не особенно высокого качества, между тем, как на недавно устроенной 1-ой Всебелорусской выставке молочного хозяйства фигурировали экспонаты безукоризненного качества и высокого содержания жира, доходившего в некоторых сырах, по моим исследованиям, до 40%.

Из 50 проб *коровьяго масла*, в 15 найдена повышенная прогорклость и увеличенное количество воды, доходившее иногда до 45% мне ни разу не приходилось констатировать присутствие в масле минеральных солей, как квасцов и др. применяемых по литературным данным фальсификаторами для удержания в масле значительных количеств воды; повидимому, имеется механический прием, который сводится к гомогенизации масла в воде; искусственного коровьего масла не было обнаружено ни разу; ввиду предположения—выпустить в продажу для питания населения часть, вырабатываемого нашими 6-ю заводами, гидрогенизированного масла повсюду вытесняющего маргарин, следовало бы требовать прибавления к маслу фенолфталеина, кунжутного масла или иного химического соединения для облегчения открытия искусственного масла; определение присутствия гидрогенизированного масла по присутствию никкеля, применяемого как катализатор, менее надежно и представляет больше трудностей; кроме коровьего масла исследовано 8 образцов *льняного* и *подсолнечного масла*, при чем они оказались неудовлетворительными: 4 образца имели темный цвет и горьковатый вкус, вследствие поджаривания семян при слишком высокой t°; (семена обычно поджариваются для того, чтобы вода испарилась, масло легче выжималось и чтобы белки свернулись); три образца содержали посторонние загрязнения, а один имел неблагоприятные свойства, как изготовленный из плесневого семени, содержащаго торицу и льняной плевел.

Из 43 проб *муки* в двух найден куколь, в 19—значительно-увеличенное количество отрубей; количество же отрубей вообще в муке колеблется от 17,5 до 25% и зависит от качества зерна, от характера помола и от отсева муки, производящиеся исследования в данное время районной лабораторией хлебной инспеции, по предложению центра, белорусских сортов ржи: пробштейнской, тростниковой, шляхтенской и шацкой даст возможность повысить требование по отношению количества отрубей в муке; в некоторых случаях чувствовалось отсутствие отчетливой реакции на пьяный плевел; единственная, имеющаяся цветовая реакция по Фогелю, во многих случаях не доказательна, например, низшие сорта ржаной муки, гречневая и ячменая мука, также дают желтовато-красноватый оттенок; особенно дело осложняется при совместном

присутствии спорыни или куколя; окончательно вопрос решится тогда, когда будет найдена специфическая реакция для темулена, действующего начала пьяного плевела.

Хлеба и *кондитерских изделий* исследовано 30 проб; шесть образцов хлеба забраковано в виду плохой выпечки и увеличенной кислотности; при оценке хлеба по кислотности надо принять во внимание некоторые новые данные, говорящие за то, что если, с одной стороны, кислый хлеб расстраивает кишечник, то с другой стороны, мало-кислый хлеб также нежелателен: кислота хлеба повышает усвоение азота, обезвреживает ядовитые вещества растительнаго происхождения, как куколь и задерживает деятельность патогенных микроорганизмов; из одного хлеба извлечен мучной хрущак; *сушки* по внешнему виду особенностей не представляли, но при разломе оказались заселенными большим количеством Tribolium confus; *конфекты* и *печенья* часто оказались подкрашенными каменно-угольными красками.

В лабораторию была направлена одной местной детской консультации *смесь Черни*, состоящая из молока, сахарной воды, масла и муки в определенных пропорциях, для выяснения пригодности этой смеси для детского питания; в виду того, что препарат содержал много неизмененного крахмала между тем как в хорошем препарате допускаются лишь единичные крахмальные зерна в п. зр:, главная же масса крахмала должна быть изменена в декстрин, декстрозу и мальтозу, а также вследствие того, что жир имел под микроскопом вид слитных масс, несколько трудно усвояемых детским организмом, поэтому эта смесь была признана не вполне рационально приготовленной. В одной пробе *меда* требовалось выяснить причину появления признаков отравления после употребления его в пищу; химическим исследованием установлено, что мед натуральный, хотя цветочной пыли под микроскопом не обнаружено; единственное удовлетворительное об'яснение этому факту, это возможность собирания пчелами меда с ядовитых цветов; о подобных фактах имеются некоторые указания в литературе.

N стрелковой дивизией доставлен суточный *красноармейский рацион* с просьбой определить его калорийность; Рацион состоял из мяса, щей, хлеба и пшена; для определения калорийности каждое блюдо высчитывалось в отдельности при 105—110°С до постоянного веса причем было получено 35,0 сухого мяса — эквивалентнаго 123,0 свежего мяса среднего качества; пшена получено 168,0 = 196,0 зерна; капусты получено 85,0, что соответствует 850,0 свежей капусты; суп, отцеженный от капусты сгущался, выпаривался из него извлекался жир; и в нем определялось по Кьельдалю количество белков; общее количество белков в рационе, вместе с белками 1 кило хлеба выдаваемого красноармейцам на сутки, найдено в 150,0, что дает 615 калорий; общее количество жира = 25,0 освобождающего 232,5 калорий; общее количество углеводов = 659,0 дающих 2671,9 калорий, итого общая калорийность найдена в 3519,4 калорий.

Из обследованных *фармацевтических препаратов и лекарств* неизвестного состава, некоторые не лишены интереса: отобранные у одного самозванного врачевателя микстуры, даваемые им венерическим больным, состояли из слабого спиртного раствора медного купороса и крахмала; среди медикаментов, найденных у одной знахарки, рядом с обычными лекарствами фигурировали и такие вещества, как: морская пенка, осет полевой, черная перечница, подорожник, чертополох, спрессованный хлевной навоз и даже 2 высушенных половых члена быка, применяемых многими знахарями ввиде лекарства против импотенции.

Один препарат Natrium kakodylicum был признан негодным ввиду обнаруженного чесночного запаха мышьяковистого водорода; один образец morphium muriat, оказался грубым фальсификатом,

второй — хотя удовлетворял требованиям фармакопеи, но вследствие небрежного хранения получил темный оттенок от действия света и воздуха, почему было предложено не пользоваться этим препаратом для подкожных вспрыскиваний (опасность всасывания продуктов разложения морфия оксидоморфина).

2 образца resorcin'a (на этикете американской фирмы, resorcinol); цвет розоватый, результат частичного окисления препарата ферментом фенолязой (resorcin это двухазотный фенол в положении м.), препарат признан годным для лечебных целей, должен указать на то, что под resorcinol'ом немецкая научная фармация в лице, напр. Ernst Schmidt'a понимает не resorcin, а смесь resorcin'a с Iodoformium.

В одной пробе ol. jecoris требовалось выяснить характер белого осадка на дне посуды; исследование показало, что жир посторонних веществ не содержит; осадок представляет собой тристеарин, выпадающий из смеси других триглицеридов, если рыбий жир добывают выжиманием печени трески в нагретых прессах; хороший препарат получается на холоду и при этих условиях твердый тристеарин в жир вовсе не переходит.

Краткий отчет

о деятельности хирургического отделения Бобруйской советской больницы за 1925 год.

(Зав. Хирург. отд. Морзон).

Врач Морзон.

Хирургическое отделение было рассчитано на 45 коек. Больных же в среднем было ежедневно 60. Работа проводилась 2 врачами, 6 сестрами и 13 санитарками.

Операции чистые производились по вторникам, четвергам и субботам; гнойные, в остальные дни недели; экстренные—по мере поступления К операциям больные готовятся следующим образом: накануне операции делается ванна, и моется операционное поле щеткой, затем смывается сулемовым раствором и кладется из стерильного материала повязка. Перед операциями в полости живота, дается слабительное. Всем оперируемым больным в 8 час. утра делается клизма. Перед операциями на прямой кишке, в 5 ч. утра делается после очистительной дезинфецирующая клизма из раствора марганцово кислого калия. Перед операциями на желудке, делается накануне вечером промывание желудка. Перед операциями на желудочно кишечном тракте, при которых вскрывается просвет кишки, больным назначается в течение недели молочная диэта и последние два-три дня дается салол. Ослабленным больным делается перед операцией и после операции капельная клизма из физиологического раствора с сахаром. На операционном столе операционное поле протирается спиртом и смазывается настойкой иода дважды.

Перед экстренными операциями операционное поле моется бензином, затем спиртом и дважды смазывается настойкой иода. Водой же не смачивается.

Руки моются теплой водой с мылом 2 щетками в течении 20 м. и затем после обливания сулемой, дважды протираются с целью дубления кожи обильно смоченными спиртов. шариками.

Чистые операции производятся без перчаток,—гнойные в перчатках.

На лицо оперирующих одевается марлевая маска.

Наркоз преимущественно хлороформный. При дефективном сердце эфирно-хлороформный Вообще же стараемся избегать общего наркоза и, где можно, применяем местную новокаиновую анэстезию. Спинно-мозговой анэстезии не применяем: не хочу быть в зависимости от непредвиденных условий. За все время своей работы применял ее только 5 раз.

Всего больных за год прошло 1175, койко-дней ими проведено 21818; в среднем на одного больного приходится 18 койко-дней.

В больнице операций и операт. пособий произведено	1182
Из них стационарн. больным	1014
„ амбулаторным „	168

Распределяются больные и произведенные им операции в следующем порядке.

На печени и желчных путях:

1. Гнойник печени 1;	Оперирован.
2. Ранение печени и желчного пузыря 1;	Дважды произведена лапаратомия.
3. Камни желчного пузыря 6;	Четыре оперировано (холецистэктомия) 2 по одному камню величиною в лесной орех, в 2 других случаях 18 и 25 камней величиною в горошину.
4. Холециститов 2;	Оперирован 1 холецистэктомия
5. Поддиафрагм. абсцессов 2;	Оперированы 2.
Всего больных 12;	Операций 10.

Все больные выздоровели за исключением больного холециститом, который по выздоровлении заболел рожей, давшей рожистый сепсис, окончившийся смертью; % смертности=10.

На мочеполовой системе:

1. Пионефрозов . . .	2;	1 Экстирпация почки.
2. Паранефритов . . .	9;	Все оперированы.
3. Гидронефрозов . .	1;	Оперирован.
4. Камень мочевого пузыря	1;	Надлобковое сечение.
5. Фистула пузырновлагал.	5;	3 пересадки мочеточников в прямую кишку, 2 зашивание фистул.
6. Туберкулез яичка .	3;	2 кастрации
7. Водянка „ .	8;	8 оперированы.
8. Расширение вен. сем. канат.	2;	2 оперированы.
9. Водянка семен. канат.	2;	2 оперированы.
10. Полип мочеиспуск. канала	1;	Удален.
11. Фимоз 1 и парафимоз	4;	Все оперированы.
12. Гангрена полового члена	1;	Оперирован.
Гинекологические:		
13. Внематочная беременность	20;	13 лапаратомий, 2 кольпотомии.
14. Выпадений матки .	14;	1 экстирпация и 13 вентрофиксаций по Ольсгаузену.
15. Рак матки	11;	Шесть экстирпаций матки через влагалище и 1 выскабливание раковых масс шейки
16. Миом матки	16;	Оперировано 10; 5 надвлагал. ампутаций, 1 тотальн экстирпация через лапаратомию и 4 удаление миом через влагалище с оставлен. матки.

17. Кист яичника . . .	20;	Все оперированы; из них четыре были перекручены и потому оперированы экстренно.
18. Интралигаментарн. кисты	4;	Все оперированы.
19. Ретроверзий матки .	16;	Укороч. кругл. связок 2 и вентрофиксаций 12.
20. Саркома яичника . .	3;	Все удалены.
21. Разрыв промежности и выпадение стенок влагалища	1;	Кольпорафия и перинео-пластика.
22. Хронический салпинго-оофорит	4;	2 лапаротомии с целью разделения спаек; удален в одном случае сильно измененный яичник.
23. Киста влагалища . .	1;	Удалена.
24. Предлежание детского места	4;	Кесарское сечение 4.
25. Атрезия влагалища .	2;	Пластич. операции.
26. Полип матки	4;	Все оперированы.
27. Параметрит	4;	
28. Пельвеоперитонит .	2;	
Всего . . .	165;	Опериров. 146

В этой группе заболеваний обращает на себя внимание обилие внематочных беременностей. Я это об'ясняю правильным диагностическим вылавливанием их: внематочных беременностей всюду и всегда должно быть много, но они часто проходят под другими диагнозами.

Так, в нашу больницу, половина из всех случаев поступили под видом больных аппендицитом. Есть случаи простые для диагностики, но есть случаи и очень трудные. Во всех случаях и особенно в трудных, в нашей б-це диагностика внематочной беременности базируется главным образом на двух признаках: усиленной пульсации маточной артерии той стороны, где имеется внемат. беременность и при кровоизлиянии—хрустом свертков крови. Этот хруст напоминает собою хруст сжимаемого снега. Признак подмечен мною и описан в № 3 „Бобр. мед. известий“.

Второе, что является особенностью, это производство Кесарского сечения при центральном предлежании детского места. В моей практике было 7 случаев центрального предлежания детского места. В 3-х случаях был произведен поворот на ножку. Все больные погибли. Из 4-х рожениц, которым было произведено Кесарское сечение, одна умерла от последующей двусторонней пневмонии, а 3 выздоровели, несмотря на то, что до операции положение их было чрезвычайно тяжелое: пульс не прощупывался, анемия достигала крайней степени.

Из трех случаев фистулы мочевого пузыря, где была произведена пересадка мочеточника в прямую кишку, один окончился летально.

Следовательно, в этой группе послеоперационных смертей было две.

Смертность составляет $1^{1}/_{3}$%.

На желудке:

1. Ранение желудка . .	1;	Лапаратомия—зашивание раны желудка.
2. Язв желудка	18;	Гастроэнтеростом. 15.
3. Рак желудка и печени .	3;	2 гастроэнтеростом. и 1 проб. лапаротом.
Больных . .	22;	Операций . . . . 19.

Одна больная раком желудка умерла после операции вследствие эмболии мозгового сосуда.

Смертность 5%.

На кишечнике:

1. Непроходимость вследствие ущемления кишек в послеоперацион. спайках .	3;	Оперир.
2. Заворот толстой кишки	5;	Оперир.
3. Заворот тонких кишек	6;	3 оперир.
4. Инвагинаций	3;	Оперир.
5. Рак прямой кишки .	2;	Оперировано промежностно-влагалищным способом 1.
6. Туберкулез слепой кишки	4;	2 энтероколоанастом.
7. Рак слепой кишки .	2;	Не оперир.
8. Выпадений прямой кишки	4;	Оперир.
9. Геморрой	16;	Оперир. 14 по Уатхеду.
10. Гнойный перитифлит	3;	Оперир.
11. Полип прямой кишки	3;	Оперир.
12. Фистул заднего прохода	4;	Оперир.
13. Язв двенадцатиперстной к.	1;	Оперир.
14. Гангрена кишек вследствие ущемления . .	9;	Оперир.
15. Аппендицитов . . .	161;	Оперир. 149.
Больных .	226;	Оперииров. . . . . 201.

При резекции кишек делается боковое соустие.

Среди аппендицитов заслуживают внимание следующие случаи:

1. В одном аппендиксе был твердый, совершенно гладкий блестящий камень, величиною в лесной орех. Во время извлечения аппендикса из полости живота камень вылетел, как пуля, из места разрыва аппендикса. До операции были не сильные боли, а настоящего припадка аппендицита не было.

2 В двух случаях были кисты червеобразного отростка.

3. В одном случае неопластический аппендикс.

4. 6 случаев грыжевого аппендицита. За всю прошлую работу видел только один грыж. аппенд.

5. Один аппендицит симулировал собою опухоль стенки живота. Во время операции аппендикс был найден под апоневрозом наружной косой мышцы, куда он проник, как в ущелье, образованное бывшим гнойным процессом.

Все случаи аппендицитов делятся:

на хронические 102
„ подострые 46
„ острые 1

Смертей среди больных этой группы было 10; из них оперировано 7;

1. После операций заворота тонких кишек у опериров. на 4 и 6 день по завороте 2
2. У неопериров. с заворотом тонких кишек . . 3
3. После операции по поводу гангрены кишек вследствие ущемления их в грыжевых воротах. Операции предшествовали перитониальные явления 2
4. После операции по поводу инвагинации кишек на 9 день по заболевании 1
5. Рак слепой кишки не оперир. 1
6. После операции по поводу острого аппендицита на 17 день по заболевании 1

Этот случай должен описать: Больная сестра милосердия, видевшая сотни операций и ни одной смерти, решила, что ожидать низкой температуры не стоит, и потому скрывала свою высокую температуру. Была оперирована как бы в стадии затишья, а на самом деле был самый неудобный момент для операции. После операции разлитой перитонит, и через 3 недели смерть при явлениях общего сепсиса.

Смертность 3,5%.

Прочие операции в полости живота.

1. Туберкулезный перитонит	12;	7 опериров.
2. Разлитых перитонитов вследствие ранения полости живота и перфораций червеобразного отростка .	10;	Опериров. 4.
3. Туберкулез забрюш. желез	2;	Лапаратом.
4. Рак поджелудочной железы	1;	Пробная лапаратом.
5. Копростаз	2;	
Больных .	27;	Операций . . . . 14.

Из 8 смертей, бывших среди больных этой группы, только 2 послеоперационных: туберкулезный перитонит сопровождался таким сильным истощением, что после операции больная погибла просто от паралича сердца вследствие истощения и вторая после операции по поводу разлитого перитонита.

Грыжесечений 93:

1. Паховых своб. 53
2. „ ущемл 12
3. Бедрен свободн. 6
4. „ ущемл. 16
5. Пупочных 2
6. Белой линии 2
7. Стенки живота 2

2 смерти после операции ущемл. грыж вошли в число резекций кишек.

Заболевания дыхательных путей и плевры.

1. Гнойный плеврит . .	21;	Все оперированы.
2. Серозный плеврит .	2;	
3. Абсцесс легкого .	1;	Оперирован.
Больных .	24;	Операций . . . . 22.

Смертей не было.

Операции на костях и суставах:

1. Гнойное воспаление среднего уха . . .	16;	Оперир. 14.
2. Перелом надколенника	4;	Костный шов. 4.
3. Ложный сустав плеча	2;	Костный шов. 2.
4. Киста Гайморовой полости	1;	Трепанация.
5. Косолапость	12;	2 клиновидн. остеотомий и 10 тенотомий.
6. Гангрена травм. конечн.	11;	Ампутации.
7. Гангрена ноги старческая	1;	Операция Штейнаха и ампутация.
8. Гнойных остеомиэлитов	11;	Все оперированы.
9. Гнойн. воспал. суставов и сумок	17;	„ „
10. Туберкулезный остэомиэл.	9;	Консерв. лечение.
11. Туберкулезное воспал. суставов . . .	38;	Консерв. лечение.
12. Травм. воспал. суставов	7;	„ „
13. Вывихов	12;	Вправление.
14. Переломов	88;	Повязки и вытяжение.
15. Сколиоз привычн. .	—	Консерв. лечение.
16. Спондилитов . .	8;	1 операция Альби и 7 консерв. лечение.
17. Периоститов гнойных	3;	Опериров.
18. Периоститов туберк.	2;	Консерв.
19. Ранений черепа . .	—	1 трепанация.
Больных .	249;	Операций . . . . 91.

Консервативное лечение туберкулезных процессов состояло в наложении неподвижных повязок, вытяжении, вспрыскивании иодоформовой эмульсии, иод+иодоф. эмульсии, втирании в места отдаленные от болезненного фокуса гваяколовой мази и зеленого мыла, общем укрепляющем лечении. Амбулаторных больных лечили светом кварцевой лампы.

Умерло 9; 2 после ампутации по поводу септич. гангрены ноги, 1 туберк. коксит (не оперир.), 6 ранений черепа и мозга (один из них после трепанации).

Послеоперацион. смертность 2%.

Ранений 93; операций и опер. пособ. 77.

Умер один вследствие ранения большого легочного сосуда: прожил 5 часов.

Опухоли:

1. Зоб	3;	2 оперированы.
2. Рак различн. орган. В это число входят 18 раков. больных, помещен. в других отделах.	35;	Оперированы все (17).
3. Сарком и остэосарком . . . . 3 из них уже обозначены в отделе мочеполов. болезней.	8;	Все оперированы.
4. Доброкачеств. опухолей . . . . . . 40 из них уже обознач. в друг. отделах.	55;	Оперированы 15.
Больных .	40;	Операций . . . . 40.

Умерла одна больная после операции удаления зоба через 1½ месяца при явлениях острого нефрита и уремии.

Послеоперац. смертность 1,5%.

Заболевание кровеносн. сосудов:

1. Ранение артерий . .	9;	Перевязка сосудов.
2. Тромбофлебит . .	2;	Консерв.
3. Расширение вен нижних конечн.	8;	Все опериров. по Венцелю.
Больных .	19;	Операций 17;

Разные:

1. Гнойных псоитов .	12;	Опериров.
2. Туберкул. „ .	2;	„
3. Невралгий тройн. нерв.	2;	Перерезка ветвей тр. н.
4. Кривошея	3;	Перерезка частичн. мышцы.
5. Панофталмит . . .	1;	Энуклеация.
6. Различных гнойных проц.	118;	Оперир. 109.
7. Ожогов	15;	
8. Отморожений . . .	2;	
9. Гнойный менингит .	1;	Оперирован.
10. Сепсис	14;	„
11. Пиэмий	6;	„
12. Водяной рак . . .	1;	„
13. Невошедш. в перечисл. номенкл. . . .	28;	„ 16.
Больных .	205;	Опериров. . . . . 147.

Умерло 5 человек: 3 от сепсиса, 1 от пиэмии и 1 от менингита.

Всего операций и оперативн пособий	1182
„ „ стационар. больн.	877
„ оперативн. пособий	137
„ амбул. в б-це операций и опер. пособия .	168

Под хлороформным наркозом произведено 452 операции.

Под местной анэстезией 338.

Остальные без всякой анэстезии.

Воспалений легких после операций под хлороформн. наркозом 14=3%.

Воспалений легких после операций под местной анэстезией 7=2%.

Нагноений швов в первой половине года было меньше 1%; в начале второй половины, при всех тех же условиях, до 30%, и в конце года не было нагноений.

В конце года, гнойные операции производились в резиновых перчатках, так что этим об'ясняется уменьшение нагноений швов в конце года.

Тампонное и безтампонное лечение применяются одинаково, сообразуясь с каждым случаем индивидуально.

Всего за год умерло в хир. отд. 39 челов., что составляет 3,5%

Из них—смертей после операций 14, что составляет по отнош. к общему числу 1,2%

Из послеоперацион. смертей непосредственно связанных с операцией, а не с характером заболевания или с состоянием больного, было только три: 1) после удаления зоба через 1½ мес. от уремии, 2) после пересадки мочеточников и 3) после аппэндектомии.

После операций в полости живота умерло 9 человек (они входят в число 14), что составляет при общем числе полостн. опер. включая грыжи, 391—2,5%.

Особенностью полостной хирургии нашей б-цы является то, что мы вводим в полость живота, в сомнительных случаях, так называемые „контрольные тампоны“ с двумя держалками на брюшину. Эти тампоны извлекаются через 24—28 часов, и в случае чистоты раны—отсутствия всяких реактивных явлений со стороны брюшины, рана заживает первичным натяжением.

Если же эти условия отсутствуют, то тогда продолжаем вводить тампоны до того момента, пока это является нужным по условиям каждого случая. Конечно, здесь могут быть и возражения, указывающие, главным образом, на могущие быть при таком образе действия грыжи последующие и сращения между органами полости живота. Я до сих пор этого не наблюдал. По этому вопросу я готовлю отдельную статью.

Считаю своим долгом выразить своим беззаветно преданным сотрудникам по отделению мою человеческую любовь и благодарность.

Научное Об-во Минских врачей.

(1925-ый год).

VIII заседание 12 апреля. 1. *Проф. Соколовский* демонстрировал больную, которую оперировал по поводу рака на пятке. Операция произведена по способу Спасокукоцкого с модификацией автора. По этому способу получилась работоспособная культя, не нуждающаяся в протезе.

2. *Проф. Рубашев* демонстрировал удаленную им Hypernephrom'у. В анамнезе травма.

3. *Д-ра Тремпович и Мирер* сделали сообщение о *1-м областном с'езде хирургов* левобережной Украины (см. „Белор. медиц. мысль" т. II. № 1—2, стр. 176).

4. *Проф. Титов* сообщил о случае *разрыва селезенки при малярии.* Этиологическим моментом часто бывает незначительная травма, иногда даже пальпация селезенки. Главный симптом—напряжение брюшной стенка слева и резкая болезненность. В литературе описано 6 случаев Сообщение вызвало оживленные прения.

5. *Проф. Рубашев.* Доклад: *Аппендицит и холецистит.* Основная мысль доклада: между аппендиксом и желчными путями существует известная связь. На основании литературных данных и собственного материала докладчик пришел к убеждению, что при операциях на желчном пузыре мы должны чаще заглядывать в область аппендикса.

IX заседание (19-го апреля). 1. *Д-р Хургин* демонстрировал *случай макроглоссии* у 14-летнего мальчика. Терапия—резекция языка.

2. *Д-р М. Шапиро* демонстрировал зубной протез (4 зуба на каучуковой пластинке с металлическим крючком), удаленный им из пищевода. Протез был проглочен больным во время эпилептического припадка. Операция: наружное вскрытие пищевода и извлечение протеза по частям.

3. *Д-р Шагалевич.* Доклад: *функциональный принцип в психиатрии.*

X заседание (10-го мая). 1. *Д-р Р. Е. Гинзбург* демонстрировала больную с эпималярийным холециститом. Докладчица сообщила подробную историю болезни и привела литерат. данные по поводу эпималярийных и парамалярийных заболеваний.

Возникли оживленные прения, в которых принял участие *проф. Мелких,* считающий этот случай весьма поучительным в том смысле, что при отсутствии эффекта от хинина следует прибегнуть к лечению метиленовой синькой и что в Минске встречаются формы желтухи и желчной колики, вызванные атипичной малярией.

2. *Д-р Мирер* демонстрировал удаленную операцией колоссальную саркому из области левого плечевого сустава.

3. *Д-р З. Павлова—Каминская.* Доклад: *Новое в вопросе о патогенезе глаукомы.* В докладе изложена теория т. наз. пигментной глаукомы. Эта теория об'ясняет происхождение глаукомы закупоркой отводных путей пигментом, явившимся продуктом распада пигментного эпителия задних слоев радужки. В глазной клинике Б.Г.У. исследовано 20 больных глаукомой и в 16 случаях эта теория оправдалась.

4. *Проф. Эльберт, д-р Б. Фельдман и д-р Геркес.* Доклад: *К серодиагностике риносклеромы.* (См. „Белор. Медиц. мысль" т. II. № 1—2,

стр. 86), Доклад вызвал оживленные прения. Оппоненты подчеркивали ценность этого доклада и серьезную научную постановку опытов.

XI заседание (17-го мая). 1. *Проф. Рубашев* демонстрировал опухоль почки (аденокарциному), удаленную им у 3—летнего ребенка и составлявшую 1/6 часть длины всего тела.

2. *Д-р З. С. Левин.* Доклад: *Опыт диагностики экссудативного диатеза при помощи кожного раздражения и лечения проявлений его адреналином.* (См. „Белор. Медиц. Мысль", т. II, № 1—2, стр 100).

В прениях высказывались преимущественно по вопросу о сходстве и разнице между диатезом и туберкулезом.

3. *Д-р Перельман.* Доклад: *К вопросу об аскаридозе в хирургии.* Приведены 2 случая, где аскариды находились в желчном пузыре.

В прениях выяснились факты миграции аскаридов, которых находили в ухе, глазу и лобных пазухах.

XII заседание (7-го июня). 1. *Д-р Захарова-Сидляревская: Проба лечения раствором риваноля хронич. эмпиэмы* (из клиники проф. Мелких).

Докладчица с большим успехом промывала 13 раз плевру 1% раствором риваноля 19—летнему больному, страдавшему эмпиэмой туберкулезного происхождения, вначале с последующими промываниями физиологического раствора. В литературе подобных случаев не описано.

Прения. Проф. Рубашев: периодические выпускания гноя и промывания физиологич. раствором дают тот же эффект. Хорошие результаты получены им также от применения Pyoktanin'a у детей.

Д-р М. Поляк в двух случаях послеродового сепсиса внутривенное применение Rivanol'a не имело успеха.

Д-р Чарно считает более целесообразным подвергнуть такого больного операции, так как мы рискуем этими промываниями превратить слабый стрептококк в вирулентную форму.

Проф. Эльберт, наоборот, утверждает, что Rivanol обладает сильными бактерицидными свойствами.

Д-р Цыпкин отмечает, что в госпит. хирург. клинике широко применяется Riv. для лечения гнойных ран, при гнойных плевритах, при острых гонитах—и с большим успехом.

Проф. Мелких не отрицает значения периодических опорожнений и промываний физиологич. раствором, но были случаи, когда последние не достигали цели.

2. *Д-р Гельберг. Доклад: О методах культивирования оспенного вируса* (из Пастер. инстит. проф. Эльберта).

Доклад представляет собою отчет за истекший год об оспенном отделении Пастер. института и о методе очистки детрита от бактерий. В прениях было констатировано, что детрит, выпускаемый местным Паст. инстит., по качеству своему превосходит Ленинградский. Все проведенные прививки были удачны и течение было самое благоприятное.

3. *Д-р Д. С. Каминский: К казуистике меланосарком цилиарного тела* (из глазной клиники. Директор проф. С. Д. Каминский).

В прениях проф. Каминский остановился на патолого-анатомич. картине этого случая.

4. *Проф. Розанов: О действии тиреоидина на функции коры головного мозга.* Докладчик задался целью выяснить, влияет-ли тиреоидин при внутреннем употреблении на процессы возбуждения или торможения в коре мозга, и рядом опытов пришел к заключению, что эта проблема решается в отрицательном смысле.

Доклад вызвал оживленные прения, в которых участвовали проф. Кроль, проф. Каминский, проф. Рубашев, проф. Соколовский, д-р Чарно и проф. Титов.

XIII заседание (14-го июня). 1. *Д-р Шик* демонстрировал 20-летнюю девушку с редкой аномалией гортани—врожденной диафрагмой.

2. *Д-р Ситерман* предствил *отчет о VIII всесоюзном с'езде терапевтов в Ленинграде.*

3. *Д-р М. Хургин* сделал *дополнение* к предыдущему отчету о терапевтическом с'езде.

4. *Д-р Перельман* представил *отчет о XVII с'езде российских хирургов в Ленинграде.*

5. *Д-р Тремпович* сделал *дополнение* к этому отчету.

XIV заседание (28-го июня). 1. *Проф. Гаусман* демонстрировал случай Splenomegalia.

2. *Д-р Маршак* демонстрировал случай туберкулезной язвы языка, излеченной парциальными антигенами, в то время как от применявшейся прежде местной терапии не было ннкакого улучшения.—Из прений выяснилось, что одни товарищи от прижиганий карболовой или молочной кислотой тоже получали хорошие результаты, а другие, как д-р Фридман, не имел такого успеха.

3. *Д-р С. М. Лившиц* сделал сообщение *о последнем с'езде рентгенологов.* Новости рентгенодиагностики: а) диагностика бронхоэктазии (предварительное введение в бронхи бисмута) и б) Encephalographia (вдувание воздуха в полость желудочков). В области рентгенотерапии перешли от больших доз к фракционным.

4. *Д-р А. Н. Шапиро: Отчет о 3-м всесоюзном венерологическом с'езде в Харькове* (общественная часть).

5. *Д-р Розенталь* сделал сообщение *о научной части венерологического с'езда.*

6. *Д-р Сутин: Отчет о 9-ом с'езде бактериологов и эпидемиологов* (бактериологическая секция).

7. *Д-р Могилевчик: Сообщение о работе санитарной секции* этого же с'езда.

XV заседание (11-го октября). 1. *Проф. Рубашев:* Памяти проф. Ф. А Рейна.

2. *Д-р Мазель—Балашинский: Отчет о V всесоюзном курортно-лечебном с'езде.* Докладчик остановился только на работе климатологической и бальнеологической секций.

3. *Д-р М. Дворжец: К вопросу о связи заболеваний глаза с заболеваниями соседних полостей и зубов.* Приведены история этого вопроса, литература и несколько характерных случаев из литературы, подтверждающих связь между заболеваниями глаза и заболеваниями соседних полостей. Докладчик описывает два случая из глазной клиники, явственно доказывающих связь между заболеваниями Гайморовой полости, зубов и глаза. Вывод: при заболеваниях глаза необходимо тщательно исследовать состояние соседних полостей и зубов.

В прениях принимали участие д-р Паутов, проф. Каминский, д-р М. Хургин, д-р М. Поляк, д-р Каптерович и проф. Рубашев.

XVI заседание (18 октября). 1. *Д-р И. Рубинчик: Некоторые особенности эпидемии гриппа в Минске.* Эти особенности следующие:

а) длительная потеря трудоспособности при нормальной температуре, б) частота рецидивов, в) желтуха, г) появление сыпи исключительно у детей.

В прениях оппоненты указывали докладчику, что сыпи могли быть коревые и скарлатинозные и что вообще в обстановке районной мед. помощи наблюдения докладчика малоценны и диагноз не всегда может быть точно поставлен.—Докладчик, соглашаясь с тем, что его

материал не разработан клинически, находит однако известную ценность своего сообщения в том, что оно вызвало оживленные прения. Что касается характера сыпи, то он утверждает, что ее нельзя было смешать ни с коревой, ни со скарлатинозной.

2. *Д-р Перельман* познакомил собрание с впечатлениями о своей *поездке в Германию*. Он посетил *хирургические клиники* Берлина, Лейпцига, Мюнхена и Фрейбурга, где он познакомился с постановкой дела у лучших хирургов: Бира, Гильденбранда, Каценштейна, Краузе, Рауег'а, Лексера и Зауербруха. Описаны личность каждого из них, виденные им операции, методы оперирования и проведения асептики. С особым интересом были выслушаны описания операций, производимых Зауербрухом на легких. Общее впечатление докладчика таково, что в Германии проделывается большая научная работа и что очень желателен тесный контакт с западной медициной.

М. А. Поляк.

Минский дермато-венерологический кружок.

Заседание 4/I 1925 г.

1. А. И. Мейзель показала больную М. 15 лет, из кожно-венерической клиники Б. Г. У. с язвенно-бугорковым сифилидом левой стороны лица, успешно леченную неосальварсаном.

2. А. И Мейзель показала больную (из этой же клиники), страдающую чешуйчатым лишаем и успешно леченную внутривенными вливаниями брома и наружным применением 2% хризоробино-салициловой пасты.

По поводу последней демонстрации высказались: проф. *Мронговиус*, д-р *Розенталь* и д-р *Богданович*, что успех применения брома при нервной этиологии псориаза возможен, но данный случай не убедителен, так как наряду с внутривенными вливаниями брома применялись ванны и хризоробино-салициловая мазь.

3. М. Б. Лившиц показал больную (из той же клиники) с милиарно-папулезным сифилисом, леченную бисмутом.

4. Профессор *В. Ю. Мронговиус* прочел доклад: *„Об острых гематогенно-метастатических пиэмических дерматозах; пиэмический дерматоз вызванный палочкой сапа“*, с демонстрацией гистологических и бактериологических препаратов.

Доклад напечатан в № 10 Белор. Медиц. Мысли.

Заседание 15/II 1925 г.

1. А. И. Мейзель показала больную из кожно-венерической клиники, страдающую одновременно сифилисом и туберкулезом. Случай описан в № 12 „Русский Вестник Дерматологии“ за 1924 г.

2. И. И. Богданович показал больного К. 45 л. (из той же клиники), страдающего гуммозным злокачественным сифилисом.

3. С. К. Розенталь демонстрировал больного белорусса 60 л. (из той же клиники), страдающего идиопатической множественной пигментной саркомой типа Капози, пред'явив препарат ампутированной ручной кисти.

4. Он же показал больного (из кожного кабинета Центр. Раб. Амбулатории) с опоясывающим лишаем после внутривенного вливания *неосальварсана*. Высыпание появилось после 5-го вливания.

5. С. А. Берман прочел доклад о параффиномах.

В прениях д-р *Перельман*, указывая на частоту этих заболеваний, считает, что для **них** более подходит название „олеоама“, ввиду возникновения их из масел.

Проф. *Рубашев*. Параффиномы интересуют не только венерологов, но и хирургов. Мне лично приходилось много раз оперировать параффиномы и видеть, когда они имели не только центростремительный, но и центробежный рост, когда вокруг одного очага имеется несколько маленьких очажков, расположенных четкообразно по ходу лимфатических сосудов. Вопрос об их происхождении не так прост и ясен. Они не представляют воспалительных явлений, хотя иногда и воспаляются.

Проф. *Мронговиус* отмечает, что дерматологов должны интересовать и так наз. параффиномеланозы, которые особенно часто встре-

чались во время войны при наружном употреблении параффина, сомнительного происхождения, в качестве жировой основы мазей.

Заседание 15/III 1925 г.

1. А. И. Мейзель демонстрировала девочку 15 л. из кожно-венерической клиники Б. Г. У. с язвенно бугорковым сифилисом правой щеки и гуммой носа.

2. А. И. Мейзель показала больного 48 лет м. (оттуда же) с Dermatitis exfoliativa.

3. И. И. Богданович демонстрировал больную 24 л. Ж. (оттуда же) с Pemphiqus foliaceus.

Д-р *Розенталь:* Я считаю, что данный случай требует дальнейшего наблюдения для окончательной установки диагноза

Проф. *Мронговиус:* хотя случай и не является типичным для Pemphigus а ибо на ряду с характерными его признаками: „симптом *Никольского* и мономорфизм сыпи“ есть и признаки, говорящие в пользу Dermatitis herpetiformis Dühring'а, а именно, зуд и рецидивы при сравнительно хорошем общем состоянии. Я считаю, что в данном случае мы имеем доброкачественно протекающий Pemphigus foliaceus.

4. Н. Н. Мофгулис прочел доклад: „К вопросу о гонорройном заболевании парауретральных ходов и их лечении“. (Напечатано в Бел. М. М. № 1—2 г. II.

В прениях участвовали: проф. *Мронговиус,* д р *С. К. Розенталь* и д-р *С. А. Берман.*

5. А. И. Мейзель прочла доклад о лечении псориаза внутривенными вливаниями солей брома (напечатано в Бел. Мед. М. т. II № 1—2).

В прениях участвовали: проф. *Мронговиус* и д-р *Розенталь.*

Заседание 26/IV 1925 г.

1. И. И. Богданович демонстрировал больную 24 лет, (из кожного кабинета Венерол. Диспансера), страдающую туберкулезом кожи 20-ти летней давности при наличии элефантиаза левой голени и бедра.

2. Он же демонстрировал мальчика 16 лет, (из кож. Вен. Клиники Б. Г. У.) страдающего туберкулезным поражением твердого и мягкого неба.

3. С. К. Розенталь демонстрировал больного (из той же клиники), страдающего Lupus erythematodes biscoides лица с атипичной локализацией на подошвах ног.

4. Доклад *С. К. Розенталя* и *Е. З. Шпрейрегна:* „К вопросу об Arlasia pilorum intermittens (напечатано в „Венерологии и Дерматологии“ 1925 г. № 6).

Заседание 7/VII 1925 г.

1. С. К. Розенталь сделал сообщение о 2-х удавшихся опытах пассивной передачи идиосинкразии к туберкулину по методу Praussnitz-Küstera с демонстрацией результатов.

2. А. И. Мейзель показала больную К. 50 лет, (из кожно венерической клиники Б. Г. У.), страдающую риносклеромой.

3. Доклад о Всесоюзном с'езде по борьбе с венеризмом: Д-р *А. И. Шапиро, С. К. Розенталь, И. И. Богданович.*

И. И. Богданович.

Всесоюзный с'езд участковых врачей.

(8—16 декабря 1925 года).

То значение, которое этот С'езд должен иметь в будущем строительстве здравоохранения во всем Союзе, оправдывает данный краткий отчет, хотя несколько и запоздавший. Сельские врачи со всей разноязычной страны произвели смотр всей системе советской медицины и себя показали широким трудящимся массам, рабоче-крестьянскому государству, всему миру. С'езд с несомненностью показал, что сельские врачи и подготовлены, и готовы принять самое активное участие в строительстве социалистических элементов деревни, что они уже сейчас фактически творят коммунистическое дело, „не будучи коммунистами" по выражению тов. Калинина. С'езд далее подтвердил правильность основных принципов советского здравоохранения и общих путей практического их осуществления.

Программу, включавшую все координальные вопросы медико-санитарного строительства, естественно разбить по основным темам, интересовавшим с'езд.—Это:

1) Организационные вопросы сельской медицины;
2) Профилактизация лечебного дела;
3) Профессионально-бытовые нужды участкового врача;
4) Группа санитарно-профилактических задач на селе.

Принципиальным директивным докладом в группе организационных был доклад тов. Семашко „Дело здравоохранения в СССР и его задачи". Самое главное—заострение внимания на качество лечебной организации и участковой сети, в том числе, и на общественных задачах участкового врача. Хорошая (теплая, светлая и чистая), благоустроенная (с достаточным количеством белья, инструментария, медикаментов, питания) участковая лечебница, в которой работают знающие врачи общественники, которым близки все нужды советской деревни, должна являться сейчас практической целью, ибо только участок может развивать действитально профилактическую работу. Такова, кажется, если резюмировать, основная мысль, проходившая красной нитью по всему докладу тов. Семашко, который также отметил основные достижения в области здравоохранения за последние годы: оформление сети, узаконение ее содержания и т. п.

С точки зрения основных положений т. Семашко рядом докладчиков было освещено положение сельской медицины в разных частях Союза. Тов. Мискинов доложил о состоянии сельской сети и ее задачах, тов. Коган—о состоянии сельской сети на Урале, тов. Цветнев—об Орловской губернии, тов. Гуревич—о Полтавской губернии, тов. Куватов—о Башреспублике, тов. Дихтяр—о Белоруссии. Таким образом, получилось представление о состоянии сельской сети по всем частям страны. Всюду имеются крупнейшие успехи, везде отмечается еще больший рост потребностей культурно-выросшего населения—всюду и везде предстоит громадная работа по строительству здравоохранения: „ножницы" потребностей и возможностей смыкаются постепенно, пока, правда, медленнее, чем нам хотелось бы.

Особенный интерес вызвал доклад тов. Мухтарова „Здравоохранение в национальных республиках и областях". Изобилующий боль-

шим фактическим материалом о культуре и быте окраин, о санитарном их состоянии, о положении здравоохранения до и после Октябрьской революции—этот доклад с особенной яркостью продемонстрировал громадные успехи советской медицины. В полудикие, вымирающие от сифилиса и туберкулеза, слепнущие от трахомы народности, постепенно проникает квалифицированная медицинская помощь, которая творит прямо-подвижническое дело оздоровления и раскрепощения от темноты, невежества, грязи и болезни. Тов. Мухтаров наметил также большие задачи, стоящие перед Союзным Правительством в области оздоровления окраин.

Следует, наконец, отметить доклад тов. Потемкина „Организационные задачи здравоохранения в сельских местностях и формы участия сельского населения в деле здравоохранения“. Главное положение этого доклада заключается в организации секции здравоохранения при РИК'ах (ВИК'ах) и периодическом созыве уездных (окружных) с'ездов по здравоохранению. С'ездам докладчик придает особенно важное значение с точки зрения их роли в организации общественно-творческой работы.

Очень горячие прения вызвал доклад тов. З. Соловьева „О профилактических задачах лечебного дела“. В общем и целом положения, выдвигавшиеся докладчиком, сводятся к тому, что вся профилактическая работа на селе должна вестись медучастком. Участок для этого должен быть соответственным образом сконструирован (два врача, соответствие административному делению и проч.) и должен вести профилактическую работу в расчете на постепенное расширение задач, по мере укрепления самаго участка (санитарно-статистические обследования, борьба с туберкулезом, ясли и т. д.). С принципиальными возражениями выступили представители Украины, защищавшие идею, так называемого, профилактического участка с дифферентированной лечебной сетью, работающего под руководством санитарного врача. Нарком Украины тов. Ефимов выразил эту идею лозунгом: „Даешь крестьянскую поликлинику“ с большим числом врачей. Разумеется, Украинская система для нашего времени и для наших местных условий непригодна да и некоторые украинские представители, особенно из числа участковых врачей, рисовали общее положение украинской сельской медицины далеким, за некоторыми исключениями, от поклинического идеала. С'езд в целом одобрил те методы профилактической работы на селе, которые соответствуют принятым и на белорусском совещании (5/XII—25 года) решениям: основа профилактической работы есть хорошо устроенный, укомплектованный соответствующим персоналом медицинский участок.

О профессионально и бытовых нуждах сельского врача докладывали: тов. Петров (Задачи союза „Медсантруд“) и Секретарь Центрального Бюро врачсекции тов. Воробьев („Положение труда и быта участкового врача“). С'езд очень живо реагировал на декрет Правительства РСФСР от 2/XII. Этот декрет, конечно, приветствовался, как первый юридический акт, оформляющий права врачей, хотя сами права, быть может, нуждаются в дальнейшем расширении. Много толков вызвал вопрос о привлечении на село врачей. С'езд совершенно справедливо очень резко осудил всю ту врачебную молодежь, которая уклоняется от исполнения долга перед трудящимися, и принял ряд решений, которые должны помочь созданию кадра для смены и пополнения врачебных сил, для поднятия квалификации сельского врача и проч.

Из серии докладов по вопросам санитарным и профилактическим остановимся лишь на некоторых, поскольку основные положения других известны по отчетам о других с'ездах (Доклад Лебедевой по

Охматмладу, Радина—по Оздравдету). Содержательный доклад профессора Сысина „Организация санитарного дела“ дал картину санитарно-эпидемического состояния республики и наметил основные организационные задачи. Между прочим докладчик разделяет мнение о необходимости введения Института районных (волостных) санитарных врачей; это положение, как известно, выдвигается и защищается нами. Не безинтересны данные о санитарном положении Украинской деревни, приведенные д-ром Марзеевым в его содокладе „Очередные задачи оздоровления деревни“. Основной тезис его: Органам Здравоохранения необходимо стать на путь материального вмешательства в санитарный быт деревни (выдача или организация дешевого снабжения мылом, полотенцами, строительным лесом, помощь при устройстве водоснабжения, бань и т. д.); для этого сметами НКЗ должен быть предусмотрен специальный фонд.

О борьбе с туберкулезом на деревне доложил тов. Трахтман. По докладу тов. Федоровского „Борьба с венерическими болезнями в деревне“ спор возник по поводу венерических отрядов. Несмотря на возражения со стороны тов. Бронера, зав. венсекцией НКЗ РСФСР, С‘езд разделил точку зрения докладчика, осудив отряды как систему борьбы с венерическими болезнями на селе В полном соответствии с нашим мнением, С‘езд признал, что эта борьба должна быть сосредоточена в медучастке, который для этого должен быть соответственным образом укреплен.

В своих постановлениях по докладу тов. Струшуна „О задачах Санпросвета в деревне“, С‘езд подчеркнул особую важность в этом деле использования школ, связи с другими просветительными учреждениями волости (района) и снабжения санпросветматериалами.

Кроме перечисленных С‘езд заслушал доклады об аптечном деле, о деятельности О-ва Красного Креста, о роли участкового врача и задачах обороны (последние два доклада тов. Соловьева), о финансовом положении сельской сети.

Такова та деловая работа, которую выполнил С‘езд. В начале С‘езда на торжественном открытии его, тов. Троцкий сделал анализ существующего политического и экономического положения, указал на неудовлетворение требований населения из-за роста этих требований, но не из-за упадка возможности, на различия положения города и деревни, закончил бодрым призывом к работе по оздоровлению живых сил, в которых у нас большая нужда, от которых зависит, в конечном счете, благосостояние нашей страны, далеко еще не машинизированной.

Тов. Калинин в своей речи оценил роль участковых врачей и подчеркнул их значение в деле коммунистического строительства.

С‘езд своей работой оправдал ожидания. Конечно, трудно такому многолюдному С‘езду заниматься непосредственной творческой работой, но он с напряженным вниманием и сосредоточенностью, с особой тщательностью проверил успехи, обсудил трудности, критически взвесил задачи и пути их разрешения, внес существенные коррективы во все положения и тезисы проработанных докладов. Активность С‘езда была очень высока; не было почти ни одного доклада по более или менее крупному вопросу, в прениях по которому можно было бы исчерпать весь список желавших высказаться: приходилось прекращать прения до окончания списка записавшихся ораторов.

С‘езд выявил свое лицо. Далекие друг от друга по месту нахождения медицинские организации страны в лице посланных ими участковых врачей, все до единой изложили свои нужды и высказали свои сомнения—и все стали близкими твердым желанием дальше работать, непреклонным решением закончить работу по оздоровлению Советского Союза, безусловной убежденностью в конечный успех

работы. С'езд доказал единство медицины не только с точки зрения междуведомственности: теперь можно определенно сказать, что Советская медицина едина своими принципами и основной целью на всем протяжении Союза.

В заключение приведем некоторые цифровые данные о составе С'езда. Всего на с'езде было 1032 делегата, из них 25% членов коммунистической партии. Кроме Якутии и Камчатки, все части Союза прислали делегатов, среди которых было: 58 пред. ВИК'ов, участковых врачей—548—остальные падают на представителей органов здравоохранения, общественных, научных и прочих организаций. Из всех делегатов было 863 врача, 45 лекпомов, 40 крестьян, 16 рабочих, 15 фармацевтом и 53 прочих. На С'езде были представлены 32 народности; больше всего было великоруссов—655 делегатов, евреи занимали второе место—197 делегатов, украинцев—61, 17 армян, 15 белоруссов, 13 грузин и т. д. Интересно, наконец, указать на возрастной состав делегатов: от 30 до 40 лет—538 делегатов, 40—50 л.—216 делегатов, свыше 50 лет—77 делегатов; 202 делегата были моложе 30 л.

С. Д.

I с'езд санитарных врачей Белоруссии.

(14—18 февраля 1926 г.)

I С'езд, сравнительно, молодой санитарной организации знаменует определенный этап в развитии санитарного дела в Белоруссии.

Участников С'езда было 35, в том числе 25 врачей, представители санитарных советов и других общественных организаций. Помимо того, в работах С'езда приняли участие работники НКЗ Белоруссии, работники Белорусского Пастеровского Института, представители транспортных Здравотделов ж. д., обслуживающих территорию БССР, и представитель НКЗ РСФСР д-р Добрейцер.—Программа состояла из 15 вопросов, [1]) которые распадались на две группы: доклады общественно-организационного и специально-научного характера. При проработке всех этих вопросов, выявилась сплоченность и строго деловой подход участников С'езда.

Основным докладом, осветившим историю развития нашей санорганизации, и указавшим вехи дальнейшей работы, явился доклад Наркомздрава Белоруссии, тов. Барсукова: *„Работа НКЗ. Бел. в области предупредительной медицины и задачи санитарной организации“*.—В дореволюционное время, территория нынешней БССР не имела санитарной организации, и только в последние годы начал строиться советский санитарный аппарат. Организационное оформление санитарной сети относится к совсем недавнему прошлому. В 1924 г. в связи с укрупнением и перерайонированием БССР, были установлены твердые штаты. Зав. Профилактической частью Окрздравов, окружных и городских санитарных врачей. В течение 1924—25 года Наркомздраву и его органам на местах, с большим трудом, удалось подобрать основной кадр санитарных работников, всего в составе 25 врачей. Таким образом, на долю санитарной организации, не обладавшей ни специальными навыками, ни традициями, выпала задача борьбы за оздоровление, в тяжелой обстановке санитарной неблагоустроенности Белоруссии. Опорой в этой работе должна была стать рабоче-крестьянская общественность, в лице районных сансоветов и сельских сантроек, кото‹р›ые еще предстояло создать.—Однако, после преодоления первых трудностей, санитарная организация настолько окрепла, что можно отметить и некоторые достижения. Сюда относятся: открытие Белорусского Пастеровского Института, как научного центра для разработки санитарно-гигиенических вопросов, а также

---

[1]) 1) Работа НКЗ. Бел. в области предупредительной медицины, и задачи санорганизации; 2) Рациональное построение санорганизации, и анализ работы районных Сансоветов и Сантроек на селе; 3) Отчетные доклады с мест; 4) Эпидемии в БССР и меры борьбы с ними; 5) Сибирская язва, по данным Могилевского округа; 6) Эпидемическая заболеваемость и смертность в г. Минске за последние 25 лет; 7) Современное состояние вопроса о методах активной иммунизации против детских инфекций; 8) Учет опыта децентрализации антирабических прививок в Белоруссии; 9) Минский хлеб и санитарные условия его производства; 10) Анализ санпросветработы по БССР и перспективы на будущее; 11) Роль санврача в борьбе с соцболезнями; 12) Роль санитарной организации в борьбе с профвредностями; 13) Санитарная организация и статистика; 14) Материальное и правовое положение санврачей; 15) Подготовка высшего и среднего санитарного персонала.

Подробный отчет о работах С'езда выйдет в непродолжительном времени, отдельной брошюрой, которая уже подготовлена к печати.

для приготовления сывороточно-вакцинных материалов, открытие ряда туб. и вендиспансеров, развертывание санпросветработы в деревне, организация сансоветов и сантроек, проведение оспопрививательной кампании, децентрализация антирабических прививок и др.—В дальнейшем, для того, чтобы бросить все силы санорганизаций на борьбу с резким развитием эпидемий в Белоруссии, необходимо очертить четкий круг задач, выделяя, в первую очередь, вопросы санитарной техники и коммунального благоустройства.

Вторым докладом был заслушан доклад Зав Санэпидом НКЗ тов. Казанской: *„Рациональное построение санитарной организации и анализ работы районных санитарных советов и сантроек на селе“*. Доклад подробно осветил всю проделанную работу и, в цифровых данных, отметил рост санитарных советов и общее усиление самодеятельности трудящихся

Из группы организационных докладов следует остановиться на следующих: доклад по санитарному просвещению—д-ра Рохлина, по вопросам иммунизации против детских инфекций и по учету опыта децентрализации антирабических прививок—проф. Эльберт, о правовом положении санитарных врачей—д-ра Хазанова, о роли санврача в борьбе с соцболезнями - д-ра Шапиро —Ввиду краткости данной статьи, приходится воздержаться от изложения остальных докладов. Часть из них была напечатана в „Белорусской Медицинской Мысли“, другая часть появится на этих страницах в ближайшем будущем. Общее впечатление от всех докладов: деловой подход докладчиков к затрагиваемым темам, и целый ряд практических указаний, имеющих применение в повседневной работе.

Вне программы, С'езд с большим интересом заслушал краткое, но насыщенное фактическим материалом, информационное сообщение тов. Добрейцера: *„О движении эпидемий в СССР“* —Д-р Добрейцер в своем докладе указал на зависимость эпидемиологии от социально-экономических причин и подчеркнул отсутствие резкой грани между заразными и, так называемыми, социальными болезнями.

Доклад д-ра Рохлина „Анализ санпросветработы в Белоруссии и перспективы на будущее“.

Не взирая на трудности проведения санпросветработы, в условиях Белоруссии, санитарное просвещение находится в периоде роста, и из всей работы, проделанной Санпросом НКЗ Бел. - 82,8% падает на деревню. Анализируя качественную сторону работы, докладчик отметил, что в этом отношении, на ряду с ценными достижениями имеются отдельные срывы, свидетельствующие о недостаточной методической подготовленности медперсонала —Санитарно-просветительная работа есть только часть всей культпросветработы, проводимой среди трудящихся, и должна быть тесно увязана с работой Райполитпросвета, а также опираться на органы самодеятельности трудящихся - сансоветы и сантройки жизненность которых выявлена уже на деле. Необходимо сильнее вовлечь в санпросветработу комсомольцев, беспартийный актив, а также школьников, женщин и т. д. Лечебные заведения должны стать школой санитарных знаний и местом приобретения санитарно-гигиенических навыков. Необходимо учесть опыт печатания лозунгов на оберточной бумаге и, в порядке дальнейших работ, углубить этот метод.

Доклады директора Бел. Пастеровского Ин-та профессора Эльберт: 1) Опыт децентрализации антирабических прививок и 2) Современное состояние вопроса о профилактике детских инфекций.

Первый доклад выявил целесообразность проведения децентрализации антирабических прививок по территории Белоруссии. Докладчик указал, что наиболее волнующим вопросом в деле антираби-

ческих прививок является приближение лечебной помощи к укушенным бешеными животными. Этот вопрос имеет первостепенное значение, как из-за экономических соображений, так и по быстроте оказания помощи. – Децентрализация антирабического дела была начата Краусом, рассылавшим кусочки мозга в глицерине; затем мы имеем методы Ферми (карболизованная вакцина) и Коховского Ин-та в Берлине (эмульсия из свежего вируса пассажного бешенства). Белорусским Пастеровским Институтом в течение лета 1925 г. было открыто 26 пунктов, куда рассылается антирабическая вакцина (в основу методики положен берлинский способ). Эти пункты находятся преимущественно при районных больницах, где прививки производятся специально инструктированным врачебным персоналом. Таким образом оказана помощь на месте всего около 2.000 укушенным. Полного учета и характеристики работы пока нет, за отсутствием исчерпывающих данных. Для детального ознакомления с работой пунктов, практикуются выезды Заведывающего Пастер. Отделением Ин-та.

По второму докладу было указано, что, помимо обще-гигиенических мероприятий. в деле борьбы с детскими инфекциями большое значение имеют предохранительные прививки. В отношении дифтерии, наиболее восприимчивыми являются дети в возрасте от 6 месяцев до 5 лет. Поэтому такие дети должны быть активно иммунизированы. Материалом для прививок служит нейтральная смесь токсина с антитоксином по Коршуну. Проверка восприимчивости детей, как до, так и после прививок производится по способу Шика. Специфическая профилактика скарлатины выражается в вакцинации по методам Габричевского или Дика. Способ Карониа пока не получил права гражданства. Вообще же прививки против скарлатины должны проводиться организованным путем со строгим контролем материала и результатов. К этим прививкам следует приступить безотлагательно, т. к. волна дифтерии растет, а скарлатина, хотя и даст к весне значительные снижения, летом и осенью несомненно поднимется. Специфическая профилактика кори заключается в пассивной иммунизации сывороткой реконвалесцентов по Деквицу. Данные многочисленных наблюдений единодушно подтверждают большую ценность этого метода.

Доклад „Роль санитарного врача в борьбе с социальными болезнями" д-ра Шапифо.

До организации советской медицины в Белоруссии, планомерная борьба с туберкулезом и сифилисом не велась вовсе. Помощь туберкулезным и венерическим больным оказывалась в общих амбулаториях неквалифицированными работниками и, кроме того, в губернских больницах существовали небольшие отделения для стационарных больных. Первые годы революции, ввиду напряженной борьбы с пандемиями паразитарных тифов, не дали возможности широко развернуть работу по борьбе с туберкулезом и венболезнями. Возможность заострить внимание на борьбе с социальными болезнями представилась лишь с 1923 г. результатом чего явилось открытие первых диспансеров. В настоящее время положение уже таково, что во всех окружных городах мы имеем туберкулезные диспансеры с подсобными учреждениями, а в семи окружных городах диспансеры венерические. Поскольку борьба за оздоровление населения должна опираться не только на лечебно-профилактические, но и на общие санитарные мероприятия, проводимые санитарными органами,—последние в план своей работы должны включить: активное участие в даче заключения по вновь открываемым профилактическим учреждениям, активное участие в советах социальной помощи при туберкулезных диспансерах и в советах по борьбе с проституцией при диспансерах венерических. Санитарная организация должна оказывать активную помощь диспансерам в борьбе

за улучшение жилищных условий, как одного из факторов, благоприятствующих развитию туберкулеза, и проводить совместно санитарно-просветительную работу в области борьбы с соцболезнями, одновременно популяризируя идеи диспансера. При профилактических осмотрах рабочих на предприятиях, должен принимать участие санитарный врач. При этом, сотрудничество санврача должно выражаться в ознакомлении с производством, с точки зрения санитарного неблагополучия обследуемых предприятий.

В докладе тов. Хазанова: *„Материально-правовое положение санитарных врачей“* была выявлена необходимость улучшения материально-бытового положения санитарных врачей Белоруссии, а также необходимость регламентации их прав и обязанностей, путем проведения закона о санитарных органах Белорусской ССР. В целях повышения квалификации, санитарным работникам должна быть предоставлена специальная литература, а также периодические научные командировки. Для разгрузки врачей от мелкой технической работы, должен быть расширен штат санитарных помощников. Далее необходимо принять меры по обеспечению санитарно-эпидемического персонала, на случай утраты трудоспособности, и по обеспечении их семей, на случай смерти вследствие эпидемических заболеваний.

В своих резолюциях по докладам, С'езд отметил важнейшие достижения за истекший год, и единогласно подтвердил целесообразность новых форм санитарной организации. С'езд нашел необходимым заострить внимание санорганизации Белоруссии в сторону санитарной техники, коммунального благоустройства, изучения эпидемических очагов, а также проведения санитарного законодательства.

Первоочередной задачей является укрепление общественной базы, в виде санитарных комиссий и санитарных советов. Для дальнейшего развития самодеятельности трудящихся масс в районе и на селе, необходимо добиться введения института районных санитарных врачей, а также снабжения медучастков транспортными средствами.

С'езд полагает, что деление болезней на группу социальных и прочих, нуждается в значительной поправке, т. к. номенклатура социальных болезней все более и более возрастает, постепенно уменьшая группу заболеваний, на которые не распространяются социально-экономические факторы. Поэтому пора пересмотреть вопрос о подчиненности санэпидам - дела госпитализации и лечения социальных и заразных болезней, и передать означенные функции, на основах профилактического метода в лечебную организацию.

Научное руководство санитарной организацией проводится Белорусским Пастеровским Институтом—в центре, и санитарно-бактериологическими лабораториями иа местах.

По линии санитарного просвещения на селе, необходимо вовлечь в работу все силы сельской интеллигенции: учителя, агронома, и в первую очередь, заведывающего избой-читальней.

В целях планомерной работы, санорганизация поддерживает постоянную связь с краеведческими учреждениями Института Белорусской Культуры, с Институтом Социальной Гигиены, санитарной инспекцией Наркомтруда, а также с санитарной организацией, обслуживающей транспорт.

В. Г.

Первое Всебелорусское совещание по охране материнства и младенчества.

(18—21 февраля 1926 г.).

Н. Фалкина.

На этом совещании, работники Белоруссии впервые получили возможность поделиться имеющимся опытом и разрешить целый ряд вопросов, требующих коллективного обсуждения. На совещание с'ехались делегаты из окружных и районных городов БССР, всего в количестве 75.

Работники по охране материнства и младенчества проявили на совещании большой интерес и активное отношение ко всем вопросам, стоявшим в порядке дня, что дало возможность правильно оценить прошлую работу и наметить дальнейшие перспективы.

Совещание отметило количественный рост сети учреждений по охране материнства и младенчества.

За последние два года количество учреждений увеличилось на 300%. Главным образом, возросло количество яслей и консультаций, т. е. именно тех учреждений, которые призваны к раскрепощению работницы и крестьянки. Наряду с ростом открытых учреждений, идет сокращение дорого стоющих и мало полезных домов для грудных детей, дающих все еще большую детскую смертность. Совещание одобрило линию Наркомздрава в вопросе о дальнейшей разгрузке этих домов, и признало организацию патроната целесообразной, при условии подробного обследования семьи, куда будет отдан ребенок. Поэтому, отдача детей на воспитание должна проводиться только в тех местностях, где имеется консультация с патронажной сестрой, которая постоянно наблюдает за развитием ребенка и содержанием его в семье.

Много внимания было уделено углублению работы в существующих учреждениях, а также построению сети охматмлада на ближайший бюджетный год. Качественное улучшение наших учреждений выразилось: в уточнении патронажной работы, в общем охвате консультациями детей раннего возраста, а также в развитии Советов Социальной помощи, которые являются одной из наилучших форм для привлечения широких женских масс к строительству охматмлада.

Советы Социальной помощи были организованы в Белоруссии только год тому назад. За этот год была проделана большая работа по оказанию материальной поддержки нуждающимся матерям—безработным одиночкам. Было организовано трудовое общежитие, юридическая помощь при охматмладе, выдача пайков и предметов ухода за детьми. Опыт годичной работы показал, что такая материальная помощь является наилучшим способом борьбы с подкидыванием. Все же, для более широкого развертывания социальной помощи, не хватает средств. Поэтому совещание признало необходимым включить в местный бюджет специальные ассигнования—на усиление фондов Советов Социальной помощи.

Наличие 15 яслей для работниц удовлетворяют только 10% всей потребности. Совещание постановило, что дальнейшее расширение

городских яслей должно осуществляться, в первую очередь, при предприятиях. Такие пункты намечены на будущий бюджетный год, в количестве 7.

Совещание уделило особое внимание вопросу о работе в деревне. Особенно неблагополучно обстоит в БССР родовспоможение на селе, где только 7% родов проходит при помощи медперсонала.

Помимо недостаточности самой участковой сети, имеется еще большой недокомплект акушерок. Что же касается наличного кадра акушерок, то, в большинстве случаев, их работа лишена общественного подхода и сводится только к оказанию лечебной помощи при родах. Поэтому совещание признало необходимым организовать в каждом округе краткосрочные курсы, для переподготовки акушерок, в духе охматмлада.

При все этом, за последний год, мы имеем ряд достижений в деревне. Вместо прошлогодних 30.000 рублей, в этом году ассигновано на сельские учреждения охматмлада—100.000 рублей.

Консультации и ясли заняли определенное место в крестьянском быту, но имеющееся количество учреждений, разумеется, далеко еще недостаточно для удовлетворения нужд деревни. Вот почему С'езд высказался, что дальнейшее расширение учреждений должно итти, главным образом, по линии обслуживания крестьянского населения.

План развития сельских учреждений по охматмладу намечен совещанием в след. виде: в ближайшем сметном году должны быть внесены в бюджет каждого округа по 3—4 районных консультации. Консультации эти не должны ограничиваться обслуживанием центра района, а распространить свое влияние на соседние села, путем периодических выездов.

Летние ясли уже в этом году имеются в каждом районе (всего 100 яслей). В смету будущего года должно быть внесено 2 яслей на район, а дальнейшее увеличение должно итти с таким расчетом, чтобы через пять лет довести количество яслей до 1200 (по числу сельсоветов).

Все намеченные задачи будут выполнены, если будет привлечена крестьянская общественность,—путем организации секции по охране материнства и младенчества, при районных и сельских санитарных советах. Общественное и культурное руководство секциями возлагается на райженотделы и врачебный персонал, которые вовлекают в эту работу передовой слой крестьянок-общественниц.

Рефераты.

D-r P. A. Jaensch „Klinische Erfahrungen mit subconjunk tivalen Suprarenin—Injektionen“ Monatsbl. f. Augenh Nov. Dez 1924 г.

Автор сообщает о сделанных наблюдениях и полученных результатах в Бреславской клинике (Prof. Bielschowsky) при адреналино-терапии глаукомы и прочих заболеваний глаз, которую в целях проверки широко проводили в указанной клинике после опубликований Гамбургера о действии супраренина при глаукоме. Применены были ин'екции супраренина по методу Гамбургера в 42 случаях глаукомы и 11 случ. прочих заболеваний глаза. В отношении действия супраренина при первичной глаукоме можно различать две группы: первая обнимает неоперированные случаи, другая—оперированные случаи, в которых спустя более или менее продолжительное время после операции опять наступили повышение давления и прочие глаукоматозные явления. 13 неоперированных первичных глауком дали следующие результаты: в 5 случаях давление пало с 70—50 на 25—20, но внутриглазное давление спустя несколько дней опять обнаруживало склонность к повышению; в 3-х случаях успех был сомнительный, а в остальных 5-и случаях - полное отсутствие успеха. Среди последних 5 случаев было: 2 сл. геморрагической глаукомы в остром припадке, 2 случая острой глаукомы и 1 случай глаукомы при высокой мнопии и пресенильной катаракты. 8 оперированных случаев, с давлением 40—45, несмотря на применение миотических средств, дали в одном случае отрицательный результат, в прочих положительный при комбинации с метическими средствами.

Ин'екции супраренина при вторичной глаукоме дали следующие результаты. В 4-х случаях втор. глаук после удаления катаракты полный успех Из 16 случаев вторичной глаукомы вследствие луитического или туберкулезного иридоциклита с обширными задними синехиями автор получил в 7-ми случаях значительное хотя быстро проходящее действие, в 2-х случаях—сомнительный результат, а в остальных 7-ми случаях полный неуспех. Оперативное вмешательство в последних 7-ми случаях нормализировало давление в 6-ти из них. Применение супраренина в одном случае Hyprophth. congen. не дало никакого результата.

В 11 случаях ин'екции супраренина применялись для разрыва задних синехий. Успех получался при единичных; при обширных синехиях или же при seclus pupillae успеха не получалось.

Автор не мог подтвердить сообщение Гамбургера, что при супраренина—терапии и на другом глазу получаются мидриаз и падение внутриглазного давления.

Д-ф. Д. Кантоф.

D-r R. Mons, Rostosk. „Erfahrungen mit subkonjunktivalen SR-Injektionen beim glaucom“ Mtbl. f. Augenh. Nov. Dez. 1924 г.

(Доклад читанный в Гамбурге, на собрании северо-западных немецких окулистов.)

Автор сообщает результаты 40 SR - ин'екций на 27 глаукоматозных глазах, причем в некоторых случаях на одном и том же глазу

было делано от 2 до 8 ин'екций с интервалом в 3 дня минимально. Повреждение глаза даже при 8 повторных ин'екциях ни разу замечено не было. Из 40 ин'екций 33 дали положительный результат с понижением давления в 10—26 mmHg, причем всегда достигалось давление ниже 20. Продолжалось пониженное давление от 24 часов до 7 суток. Положительные результаты относятся к gl ucoma simplex. В 2 случаях Glauc. haemorrh действия никокого не получилось. Острое повышение давления автор получил лишь в одном случае. В общем и целом автор может подтвердить опубликованное Гамбургером о действии SR. ин'екциях (см. рефер. отд. Белор. М М. № 2—3—1924 г.). На основании наблюдений своих и других авторов Mons делает следующие выводы: 1) SR-ин'екции при glaucoma simplex вызывают понижение внутриглазного давления, 2) glaucoma secund, glauc. haemorrh glauc. absolutum не подходят для SR-терапии, 3) нельзя считать, что SR-терапия может заменить оперативное лечение; SR показан, когда миотические средства не помогают и операция или не помогает или отклоняется больным, и 4) SR весьма ценен как средство, понижающее давление перед операцией.

Д-р. Д. Кантор.

Doz. Dr. L. Meyer u. Dr. E. Burghard: Beitrag zur Klinik des Keuchhustens (К клинике коклюша). Zetfschrift f. Kinderhlk Bd 40, Heft 1—2.

Авторы приводят 1064 наблюдения. С 1907 по 1925 г.; возраст в 80% грудной и до 3-х лет. Подчеркивая, что коклюш является очень тяжелым заболеванием для детей грудного возраста, причем смертность превышает даже таковую от острых расстройств питания, авт. указывают, что для заболевания не требуется никакой диспозиции: непосредственная близость больного коклюшем заражает всех.—Клиническая картина в младшем возрасте значительно отличается от таковой у старших. Катарральный стадий короче. В конвульсивном отсутствует симптом громкого свистящего вдоха. Отсутствует пауза, reprisa.—Чаще всего отсутствует в конце приступа и рвота. Характерен для коклюша самых молодых грудников короткий, болезненный, как будто диктуемый страхом, прерываемый кашлевыми толчками, крик и сильное двигательное беспокойство,—дети в пароксизме, как и в интервале, мечутся в кроватке, царапают лицо и бьют кругом ручками. Не редка сильная одышка, обусловленная эмфиземой. Встречаются, как предвестники и даже эквиваленты коклюша, припадки чиханья, а в одном случае кашлевым приступам предшествовала спазматическая зевота. Коклюш в грудном возрасте может непосредственно угрожать жизни ребенка: судорога glottis во время приступа и вне его,—проявляясь только во внезапном цианозе и резкой последующей бледности; конвульсии,— спазмофильного ли происхождения, менингеального, или чисто коклюшного.—Из осложнений—самое частое пневмония —может повторяться несколько раз. Авторы указывают на один ранний симптом пневмонии—„cretitatio oralis", которую можно уловить, приблизив ухо к открытому рту ребенка; соответствует crepitatio indux. При острых тяжелых пневмониях прекращаются припадки. Часты псевдорецидивы коклюшеподобного кашля. Broncbiolitы, pleurit'ы, enpyem'ы. Отеки тыльной поверхности кистей рук и стопы, как кардиальный и кахектический симптом.—Интересно, что авторы в согласии с наблюдениями Pospishill'я Noegerat'a и др. на всем своем большом материале не могли удостоверить такой фатальной связи коклюша с туберкулезом, какую ему приписывают. Многие из наблюдаемых детей до коклюша были заражены, многие больны туберкулезом, но ни в одном случае не наблюдалось активирования процесса или ускорения смертельного исхода.—Лечить авт. советуют пребыва-

нием на свежем воздухе в течении круглых суток и во все времена года [1]). Приучать к такому пребыванию по методу постепенно нарастающей дозировки; достигается в 8—12 дней. В часы сильной жары, в резкий ветер, особенно в туман, детей не выносить.—Медикаментозная терапия никакого заметного успеха не дала: ни атропин, ни Thymipin, ни прыскивания эфира или Hydrocbinin'a. Два последних метода не безопасны в смысле образования некрозов. Не дало успеха ни накожное и внутрикожное оспопрививание, ни лечение кварцевой лампой.—Рекомендуют авторы заботу о ночном покое для больных, хотя бы путем снотворных: 0,25—0,5 Adalin, 0,1 Luminal.—Что касается питания, то особенно необходимо женское молоко, или, по крайней мере, высококалорийные, концентрированные смеси: масляномучная, сладкое молоко и т. д. Уменьшать количество вводимой жидкости. Грудным вместо бутылочек каши, даже молодым с 4-го—3-го месяца. 4 кормления в день. Каши трудней выбрасываются рвотой.—При лечении коклюшной тяжелой пневмонии с бессознательным состоянием и слабостью кровообращения авторы применяют и рекомендуют arteriotomia a radialis у кистевого сустава, т. к. через venaesectio не всегда удается выпустить достаточное количество крови. Выпускать 60—80 ccm.—Для ранней диагностики коклюша очень ценным оказался следующий прием. Ко рту ребенка во время кашля подносится чашка petri c Influenza-Agar. Когда ребенок ее „закашляет" (anhusten), она быстро переносится в термостат при 37°, и через 24—48 часов на чашке появляются колонии палочек B.-G. Хотя характер этих палочек, как возбудителей коклюша еще не доказан, но систематическое нахождение их в начальных стадиях коклюша, как и отсутствие при других видах кашля, говорит за связь их с коклюшем. Установление лимфоцитоза может также быть диагностически ценным симптомом, но лимфоцитоз слишком часто затушевывается какой-либо другой привходящей хотя бы банальной инфекцией.—В заключение авторы подтверждают наблюдение, что девочки чаще болеют мальчиков, но смертность почти одинакова в обоих полах.

А. Гуревич.

Bachmann W. u. Burghard: О присутствии бац. Bordet-Gengou и их этиологическом значении при коклюше: (Zeitschrift f. Kinderhlk Bd. 39, Heft 5)

Спор о том, являются ли бациллы B.-G возбудителем, или лишь „спутником" коклюша, еще не закончен. Возможно также, что бац. B.-G., так близко; стоящая к бац. инфлуенцы pfeiffer'a представляет только разновидность ее. Авторы на большом клиническом материале пытаются разрешить эти вопросы.

Бактерии получались путем „канельнаго посева". Детям из коклюшного отделения клиники во время приступа подносилась близко ко рту чашка с Influenza-Agar по Leuiutbal'ю, которую они „закашливали" (auhusten). Чашка быстро переносилась в термостат при T° 37, и через 24—48 часов на ней выделялись отдельные колонии. Делая дальнейшие исследования:—1) бактериологические, 2) серологические, 3) с пробой на внутрикожную реакцию, 4) с опытами на животных и 5) на вирулентность,—авторы приходят к следующим выводам:

1. Метод „капельного посева" посредством закашливания чашки может быть рекомендован для раннего диагностического распознавания коклюша.

[1]) Dusseldorf находится на 51° сев. широты и 7° восточной долготы и по климату соответствует приблизительно Кишиневу.

Примечание референта.

2. Выращенные т. наз. бациллы коклюша (B.-G.) ни по виду культуры, ни микроскопически, ни по агглютикации, ни по связыванию комплемента от бацилл инфлуэнцы не отличаются.

3. Но бац. коклюша при интраперитонеальной прививке мышам всегда для них вирулентны; в большинстве случаев мыши погибают при явлениях бактериэмии.

Испробованный же для проверки штамм бацилл инфлуэнцы оказался для мышей совершенно авирулентным.

4. Вирулентность отдельных штаммов бац. коклюша в опытах с мышами идет параллельно тяжести клинических явлений у соответствующего больного.

5. Доказать присутствие специального эндотоксина бацилл B.-G. с помощью метода Безредки не удалось.

6. Внутрикожное введение приготовленной из б. B.-G. моно-и поливалентной вакцины для целей диагностики безрезультатны.

7. Заражение чистыми культурами коклюша морских свинок, кроликов и обезьян—макак никаких характерных признаков заболевания не дало. Не удалось также заразить обезьяну и непосредственным „закашливанием" ее.

8. Отрицательные результаты бактериологических, серологических и опытов над животными все же не говорят против значения палочек B.-G. как возбудителей коклюша.—Их систематическое присутствие в ранней стадии болезни, их почти постоянная вирулентность для мышей, идущая параллельно тяжести клинической картины, дает все-таки право думать, что б. B.-G. играют роль не только „спутника", но имеют и этнологическое значение при коклюше.

А. Гуревич.

K. Wagner u. H. Wimberger: О влиянии корма коров рыбьим жиром на содержание витаминов в молоке. (Zeitschrift f. Kinderhlk Bd. 40, Heft 3.)

Коровы получали ежедневно в течение 7 зимних месяцев в постепенно возрастающей дозе от 50 до 300 граммов рыбьего жира. Молоко давалось детям грудного возраста в острой стадии рахита в обычных, соответствующих возрасту смесях. Еженедельно производилась рентгеновскими снимками проверка костей,—7, 8 и больше недель никакого улучшения процесса не дали.

Детям начинали давать рыбий жир непосредственно,—очень быстрое улучшение.

Параллельно ставились опыты на крысах. Животные диэтой Luce (не содержащей витамина роста А) приводились в состояние остановки роста. Затем к названной диэте добавлялось 2—4 сст. того же молока.—Увеличение роста животных чрезвычайно незначительно.

Это же молоко давалось крысам, путем диэты М с Collums'а доведенным до заболевания рахитом, ежедневно в количестве 5—10 сст. В конце опыта вычислено содержание Са в костях, а также произведено и гистологическое исследование.—Никакого влияния на рахит животного (антирахитического фактора) не обнаружено.

А. Гуревич.

Д-р Orr. Гнездная плешивость и сифилис.

Bp. J. of. D. a. G. 1924 № 2.

Автор приводит 4 теории гнездной плешивости: паразитарная, нервная, токсическая и эндокринная.

По Darier сифилис дает 2% этого заболевания.

Материал автора состоит из 100 случаев (56 мужчин и 44 женщин). Большая половина в возрасте до 21 года.

3 имели универсальную плешивость, 32 имели два пятна и более, а остальные только одно.

У 99 больных отсутствие всяких клинических и серологических признаков сифилиса.

У одного 13 лет, имеющего гнездную плешивость в течение 3 недель Wa K+, без каких бы то ни было других данных сифилиса После специфического лечения последовало излечение, но Wa K оставалась положительной и после него.

А. Мейзель.

D-r Konigstein. Об амилоидозе кожи.

Arch. f. D. u. S. 1925 г. № 2.

Амилоидоз кожи бывает общим, т. е. в связи с разлитым амилоидозом внутренних органов или только местным.

Автор имеет 2 случая, окончившиеся смертью, и исследованные макро и микроскопически.

Вскрытие обнаружило амилоидоз кожи в связи с разлитым амилоидозом внутренних органов.

Кроме этих двух случаев, автор приводит свое наблюдение над больным с местным амилоидозом и полагает, что клинически, амилоид кожи может походить на красный плоский лишай и Lichen chronicus Viqal.

Гистологически находят в сосочковом слое амилоид и гиперкератоз в роговом слое. В двух из приведенных случаев была обнаружена гиперпигментация.

Точно пока определить болезнь невозможно, так как случаи местного амилоидоза кожи дают различную картину.

А. Мейзель.

D-r. O. Dohmen. Из универс. кожной клиники в Гамбурге. „Ембиал", новый препарат Висмута.

M. M. W. № 37 стр. 1548—1549.

На заседании Гамбургского Мед. Общества 2 июня 1925 г. проф. Mulzer сообщил о новом, растворимом в масле, препарате Висмута, „Embial", изготовляемой фирмой Merck Darmstadt.

Действие препарата на сифилис кроликов дало прекрасные результаты.

Исследования проф. Plaut в Мюнхене показали, что препарат обладает очень незначительной ядовитостью и, необыкновенно, доброкачественным хемотерапевтическим индексом.

Исследования проф. Mulzer'а в Гамбурге и др. кожных клиниках на человеческом сифилисе дали весьма благоприятные результаты. Embial в 5%, 7% и 10%, испытанный на 25 случаях раннего периода вторичного сифилиса, без сальварсана, дал следующие результаты.

При 7% и 10% растворе спирохеты в мокнущих папулах и шанкре пропали в 30% всех случаев после первой ин'екции, в 60% после 2 и в 10% случаях после третьей ин'екции. При употреблении 5% раствора спирохеты пропали после 4—5 ин'екций. Клинически, при лечении исключительно Embial'ом, обратное развитие папуль соответствовало исчезновению в них спирохет.

Влияние 5% раствора на папулезные явления было очень незначительно, вследствие чего эта концентрация была совсем оставлена.

Реакция Herxheimer'а наблюдалась очень часто.

На Wa K Embial как и другие препараты Висмута, действует очень медленно. После 10—12 ин'екций отриц. Wa K не наблюдалась, хотя в некоторых случаях при позднейшем исследовании, получалась стойкая отрицательная Wa K.

В последнее время при комбинации препарата с 5,0—6,0 Neosal-varsana, переход положит Wa K в отрицательную наблюдается чаще.

Препарат переносится безболезненно и не дает инфильтратов. Умеренная Bi каемка доказывает его интенсивное действие.

При употреблении 7% раствора моча, исследованная 2 раза в неделю отклонений от нормы не представляла, при 10% растворе в 3 случаях были обнаружены гранулир цилиндры.

А. Мейзель.

C. Tanimura. К клинике и гистологии ангио-лупоидов Brock-Pautrier. (Beitrag zur Klinik и Histologie des Angiolupoids Brock-Pautrier).

Archiv f. Dermatol. и Syphilis 1924 г. 157.

Наблюдение касается молодого мужчины 18 л. Поражение захватило левую часть верхней губы. Гистологическое исследование дало характерную картину туберкулоидной ткани. Бациллы не были найдены.

А. Мейзель.

J. Komaja Симметричная аномалия пигментации конечностей. (Symmetrische Pigmentanomalie d. Enfremitaten).

Archiv f. Dermatologis и Syphilis 1924 т. CXLVII).

К. предлагает назвать синдром, виденный им у 12 случаев и состоящий из веснушек на лице и диффузных пигментаций в виде пятен на тыльной стороне стоп и рук, симметричной аномалией пигментации конечностей.

Болезнь особенно достигает максимума распространения летом и поражает, преимущественно, молодых людей, занимающихся микроскопической работой.

Изменения состоят в чистой гиперхромии.

А. Мейзель.

L. Gutmann. Еще по вопросу об амилоидозисе кожи. (Nochmals zur Frage d. Amyloidosis d.Haut)

Dermat. Zeitschrift 1924 t. 42.

G., основываясь на 4 случаях, из которых два уже были им опубликованы раньше, старается из них извлечь конституциональные элементы нового дерматоза: хроническое заболевание, состоящее в появлении многочисленных маленьких узелков, расположенных, преимущественно на ногах, хотя часто встречающихся и на верхних конечностях и сильно зудящих.

Пораженные места кожи зудят, пигментируются и своим лихенифицированным видом напоминают Lichen Vidal или Prurigo Hebrae. Анатомически в них находят ограниченные включения амилоидных масс, лежащих суб'эпителиально и простирающихся до рогового слоя.

Для особенно хорошего распознавания автор предлагает рассматривать срезы в замороженном виде.

А. Мейзель.

Случай Urticaria tuberosa. Ein Fall von Urticaria tuberosa.

(Von Prof. Werther. M. M. W. № 37 Seite 1546—1547).

Наблюдение касается больной М. 41 л. Менструации с 16 л., в дальнейшем неправильного характера. С юношеских лет страдает эпилепсией. Ко времени наблюдения обнаружена Базедова болезнь. Симпатикотонические симптомы со стороны глаз.

Заболевание кожи носило характер вазомоторного невроза и состояло в появлении крапивницы в подкожной клетчатке, которая, обыкновенно, рассматривается, как симпатикотонический феномен.

Особенность высыпаний выражалась в высыпании эдематозных, резко ограниченных болезненных узлов на голове, кот. ввиду своей опухолевидности и длительности вели к оперативному вмешательству.

Временное улучшение было достигнуто Luprarenin'ом. Atophan (Vagotonicum) дал более стойкий успех

Описанное заболевание имеет отношение к Ocdema acutum Ouivike и стоит в связи с нарушениями эндокринной системы.

В данном случае локализация исключительно на голове, совпадение с Mcrbus Basedowi и эпилепсией, запоздалые и неправильные менструации заставляют автора думать, чти при Urtic ria tuberosa имеется плюрилляндулярная недостаточность

Firth and Harrison Случай аргирии.
(A case of argyria)

(Thi Britisch Journal of Dermat. 1924 стр. 105)

Авторы описывают случай генерализпрованной аргирии у мужчины 63 л., имевшего на языке лейкоплакические пятна, которые он, постоянно, в течение более чем 16 лет, смазывал карандашом ляписа. Кожа лица, рук и шеи получила характерный темноголубой цвет. На туловище, верхних и нижних конечностях окраска более бледного цвета, несколько переходящая в серый Слизистые тоже пигментированы.

Биопсия дала скопления мельчайших крупинок серебра в базальном слое и выводящих протоках слюнных и потовых желез.

А. Мейзель.

Petges et Leonard. Случай неоспоримой сифилитической реинфекции.

(Annalis d. Dermat. et Syph. 1925 стр. 512—513).

Шанкр появился спустя 5 лет после уже раз перенесенного склероза, сопровождаемого розеолой. За это время кровь, исследованная 11 раз по Bordet-Wasserman'у, в равных промежутках времени, давала всегда отрицательный результат.

Он расположен далеко от того места, где был первоначальный склероз, так что исключается подозрение на Ulcus induratum..

На этой же стороне характерный полиаденит.

В мазках обильное количество спирохет.

Конфронтация установила последний coitus 4 нед. т. н. с особой в цветущем периоде сифилиса.

А. Мейзель.

C. Fanimura. К клинике и гистологии ангиолупоидов. Brauck-Pautrier.

(Arcbiv f. Derm. и Syph. 1924 стр. 242).

Наблюдение касается юноши 18 л., у которого левая сторона верхней губы охвачена ангиолупоидом Brauck-Pautrier Гистологическое исследование дало картину туберкулоидной ткани. Туберкулезные бациллы не обнаружены.

А. Мейзель.

D-r Aliveris Рак на почве длительного применения мышьяка.

(Archiv f. Derm. и Syph. 1924 стр. 328 том 147)

Автор приводит 2 случая, где у одного б-го чешуйчатым лишаем, в течение долгих лет получавшего мышьяк, образовались 2 раковых поражения: у заднего прохода и на колене.

У другого, б-го красным плоским лишаем, тоже очень долго пользованного мышьяком, на одной из бляшек образовалась эпителиома.

А. Мейзель.

Cassel I. Статистические сведения о врожденном сифилисе.

(Dm. W 1925 № 15).

Автор приводит статистику о врожденном сифилисе, на основании материалов одной консультации для новорожденных детей в Берлине за последние 5 лет.

Всего было осмотрено 31306 новорожденных из них больных сифилисом оказалось 378, т. е. 1,2%; наибольшее количество было в 1910 г.—1,8%; наименьшим в 1918 г. и 1920 г.—0,76%; внебрачных детей 104 и брачных 274. Главный контингент больных составляли дети рабочих, низших служащих и небогатых купцов.

По мнению автора, % заболеваемости среди других слоев населения должен быть значительно меньше, потому что вследствие большей материальной обеспеченности родители до брака могли проводить необходимое регулярное лечение.

Из 405 сифилит. детей прошли через консультацию на первом месяце жизни—51, на втором—138, на 3-м—103, на 4-м 68, между 4—12 месясами—45.

Из-за значительной утраты сопротивляемости врожденных сифилит. детей, для жизни имеют наибольшие шансы те, которые вскармливаются грудью матери. Вскармливаемые искусственно, значительно чаще погибают.

Автор останавливается на вопросе о постоянно возрастающих цифрах вскармливания сифилитических детей самой матерью и находит причину этого явления, во первых, в широкой пропаганде о необходимости такого вскармливания, во 2-х, в невозможности, в особенности во время мировой войны доставать в достаточном количестве молоко и, в 3-х, в установлении премии для кормящих матерей. Автор указывает, что только сознательное отношение родителей и регулярно проводимое лечение могут настолько поднять шансы чтобы вырастить из врожденных сифилитиков полезных для общества людей.

А. Мейзель.

D-r. A. Hirsch Ценный реактив для определения пригодности Сальварзана.

(M. M. W. № 37 стр. 1549—1550).

Автор считает, что несколько сот случаев смерти и тяжелых поражений описанных в литературе, после вливания сальварзана, следует приписать помимо различного индивидуального предрасположения и особенной чувствительности к препарату, еще его токсичности.

Ядовитость сальварзана есть ядовитость мышьяка вообще, настолько ослабленная, что, сравнительно, большие дозы хорошо переносятся.

Сальварзан сам по себе и, особенно в растворе, очень легко окисляющееся тело Уже при самой легкой оксидации, образующийся p. Oxy Amino Arsenoxyd в 20 токсичнее самого сальварзана. Встряхивание, размешивание, набирание в шприц и выпускание быстро увеличивает токсичность раствора.

Для испытания окисленности препарата, автор предлагает растворять его в 10% Strontium Uran.

Малейшее помутнение в растворе или осадок доказывает его негодность к употреблению.

Для ин'екции сальварзана resp. неосальварзана в стерильный стаканчик вливается ампулла Strontium Uran, куда прибавления и содержимое ампуллы препарата.

При отсутствии помутнения или осадка такой раствор тотчас же вводится в вену.

А. Мейзель.

Хроника.

В Наркомздраве: Коллегией Наркомздрава принят для внесения в законодательные органы проэкт постановления „Об улучшении материально-бытовых условий сельских медработников". Проэкт предусматривает обеспечение участкового медперсонала бесплатными квартирами, транспортными средствами, литературой, а также спецодеждой для раз'ездов. Для врачей намечаются научные командировки и периодические прибавки содержания.

В целях приобщения медико-санитарного дела на транспорте к общему строительству здравоохранения БССР при НКЗ создана инспектура по транспортной медицине. Начат учет лечебно-санитарной сети на путях сообщения.

Ввиду отсутствия на местах дезаппаратуры, закуплено и отправлено на участки 40 аппаратов Флюге для формалиновой дезинфекции.

Сформирован один венерологический подвижной диспансер, который для обследовательской и лечебной работы направлен в Оршанский округ.

Начата эвакуация психбольных из 2-й Минской сов. больницы в Могилевскую псих. больницу.

Заарендовано на предстоящий курортный сезон 120 мест для крестьян от сохи.

Эпидемии: За декабрь-январь наблюдались вспышки сыпного тифа в Оршанском и Минском округах, а гриппа во всех округах. Рост скарлатины выявился во всех округах, главным образом в г. г. Слуцке и Минске. В г. г. Минске и Мозыре обнаружены единичные случаи сибирской язвы.

Высший совет физкультуры Во всех округах, кроме Калининска, проведены тяжело-атлетические соревнования по поднятию тяжестей и борьбе Как итог работы в области тяжелого атлетического спорта в Белоруссии за последний год проводятся Всебелорусские тяжело атлетические соревнования. За последнее время началась работа по развитию стрелкового спорта во всех округах. Созданы стрелковые тиры и в Полоцке проведено соревнование по стрельбе. По округам проводились с ревнования по лыжам и конькам. ВСФК издается журнал „Физкультурник". Журнал выходит 2 раза в месяц. Подписная плата на месяц—20 коп. Журнал помещает статьи руководящего и методического характера, имеет постоянный отдел бесед врача, шахматный и шашечный отделы и т. д.

Химико-Бактериологические лаборатории. Организовалась в Слуцке и организуется в Борисове и Климовичах. Наркомздравом приобретено заграницей новейшее оборудование.

Рентгеновские кабинеты: Открываются в Борисове, Орше, Мозыре и Слуцке. Центральный Рентгеновский Кабинет при 1-й Сов. больнице, обогатился современными установками для поверхностной и глубокой терапии.

Научные командировки: В Ленинградский Государственный Институт для усовершенствования врачей предоставлены 11 врачам (из окружных городов и участков) за счет Наркомздрава. Кроме того,

до 10 командировок дано отдельными Окрздравами. Специализируются, главным образом, по рентгену, санитарии, охматмладу и по болезням уха, горла и носа.

С'езды и совещания: 1-й Всебелорусский С"езд санитарных врачей состоялся в Минске 14—18 февраля сего года. Программа работ: 1) Работа НКЗдрава Белоруссии в области предупредительной медицины и задачи санорганизации. 2) Рациональное построение санорганизации и анализ работы районных сансоветов и сантроек на селе. 3) Отчетные доклады с мест. 4) Эпидемии в БССР и меры борьбы с ними. 5) Сибирская язва по данным Могилевского округа. 6) Эпидемическая заболеваемость и смертность в г. Минске за последние 25 лет. 7) Современное состояние вопроса о методах активной иммунизации против детских инфекций. 8) Учет опыта децентрализации антирабических прививок в Белоруссии. 9) Минский хлеб и санитарные условия его производства. 10) Анализ санпросветработы по БССР и перспективы на будущее. 11) Роль санврача в борьбе с соцболезнями. 12) Роль санитарной организации в борьбе с профвредностями. 13) Санитарная организация и статистика. 14) Материальное и правое положение санврачей. 15) Подготовка высшего и среднего санитарного персонала. Труды с"езда подготовлены к печати и скоро выйдут.

1-ое Всебелорусское Совещание по охране материнства, младенчества и здоровья детей состоялось 18—22 февраля в Минске. На повестке: 1) Работа и задачи НКЗдрава в области охраны материнства, младенчества и здоровья детей. 2) Рациональное постр ение сети учреждений по охране материнства и младенчества. 3) Построение сети учреждений по охране здоровья детей и подростков. 4) О родильно-гинекологической помощи и абортах. 5) Деятельность нормального типа консультацій по опыту Минской работы. 6) Педагогическая работа в детских учреждениях. 7) Работа ОЗД в учреждениях Соцвоса. 8) Роль детских диспансеров в работе ОЗД. 9) Медобслуживание подростков и рабочей молодежи 10) Пионердвижение и охрана здоровья пионеров. 11) Задачи ОЗД в области физкультуры и 12) Тип школьного здания и необходимое оборудование школы.

Совет по борьбе с профвредностями: организован при клинике проф. болезней в Минске.

Витебск: На чулочно-трикотажной фабрике имени Клары Цеткиной открыты ясли. Средства на содержание яслей отпущены Совнаркомом.

Климовичи: В городе открыт антропометрический кабинет.

Минск: Вновь открыты ночной туб. санаторий и диэтстоловая. Учреждения отлично оборудованы. По охматмладу: открыты—дневные ясли на 25 коек, развертывается работа консультации для беременных, организуются районные Советы Социальной помощи. Для „скорой помощи" приобретен авто-транспорт.

Мозырь: Количество коек в районных учреждениях увеличилось за истекший квартал на 49. Открывается Малярийная Станция.

Орша: В м. Горках состоялось торжественное открытие районной больницы на 30 коек имени тов. Червякова.

Могилев: Открыта вновь шикарно оборудованная центральная рабочая амбулатория. Заканчивается ремонт Вен. Диспансера и идет подготовка к ремонту окружной советской больницы им. Семашко.

Памяти Паулины Соломоновны Рубенчик.

Опять смерть вырвала из нашей семьи молодую жизнь.

Паулина Соломоновна жила среди нас, работала с нами и вдруг ее не стало.

Она исчезла, не совершив своего жизненного пути, оставив в наших рядах глубокий, трудно заполнимый из'ян.

Паулина Соломоновна не выступала на широкую арену общественной деятельности; она не обогащала научную мысль произведениями своего ума, оне не проявляла ничего такого, что выдвигает человека и создает ему особое положение. Нет! она была только скромною работницей на медицинской ниве. Но как искусно она возделывала узкую полоску этой нивы!

Сколько ума, такта и глубокого знания дела она на ней проявила! Ее кротость, ее обхождение пленяли всякого, кто приходил с ней в соприкосновение. Нас в ней поражало это счастливое сочетание гибкости души и тонкости мысли, это сплетение скромности с уверенностью в своей работе.

Паулина Соломоновна хорошо разбирается в сложных и запутанных случаях гинекологической практики, легко находит правильный путь к их раз'яснению.

Все эти драгоценные качества в ее личной жизни дали ей весьма мало утешения; на ее долю выпал тяжелый тернистый путь, усеянный всякими невзгодами.

Тяжелый физический недуг, повлекший за собой две серьезные операции, семейные потрясения и всякие лишения, все это чувствительные удары, следовавшие один за другим.

Стойко и безропотно, с улыбкой на устах, она переносила все испытания.

Незадолго до смерти Паулине Соломоновне было поручено с'организовать новую гинекологическую лечебницу и стать во главе этого учреждения.

С пылом и любовью, свойственной ее натуре, она принялась за новое дело.

В нем она видела осуществление своей заветной мечты.

Еще в зародыше это любимое детище овладело всем ее существом и даже на смертном одре приковывало к себе все ее мысли.

Л. Н. Шапиро.


B000000 1860574